



JERPH

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

Journal of Education and Research in Public Health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 Vol. 1 No. 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม 2566



2023

ISSN : 2985-0126 (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

นโยบายการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข เป็นวารสารราย 4 เดือน ออกปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม) จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีจุดมุ่งหมายในการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในรูปแบบบทความภาษาไทย ทั้งจากภายในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา และหน่วยงานภายนอก โดยดำเนินการจัดทำและเผยแพร่เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) หมายเลข ISSN : 2985-0126 (Online) ซึ่งมีนโยบายในการจัดการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข ดังนี้

1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นบทความจากทั้งบุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกวิทยาลัยฯ ที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นๆ หากตรวจสอบพบว่ามีการจัดพิมพ์ซ้ำซ้อนถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์แต่เพียงผู้เดียว
2. บทความ ข้อความ ภาพประกอบ และตารางประกอบที่ลงพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นตามเสมอไป และไม่มีส่วนรับผิดชอบใดๆ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์เพียงผู้เดียว
3. บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารจะต้องมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนดเท่านั้น

นโยบายการประเมินบทความ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุขได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind)

บทความ

- ภายในวิทยาลัยฯ → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอก
- หน่วยงานภายนอก → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากภายในวิทยาลัยฯ และ/หรือหน่วยงานภายนอก

กองบรรณาธิการ

พญ.คุณหญิง พรทิพย์ โรจนสุนันท์	สมาชิกวุฒิสภา
รศ.ดร.เขมิกา ยามะรัตน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ไกรวุฒิ กัลวีชา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.กุลนิดา สายนุ้ย	มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา
ศ.ดร.ภญ.วิจิตรา ทัศนีย์กุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ภก.ปฐมทรรัตน์ ศรีสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ปญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รศ.ดร.กฤษมาลย์ น้อยผา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รศ.ดร.อาจันต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.อารี จำปากลาง	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.สุนีย์ เครานวล	มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
รศ.ดร.ศุภศิลป์ มณีรัตน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.นพ.วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.ดร.นวรรตน์ ไชยมงกุฏ	มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ต.ดร.มนัสวี ทองศฤงคลี	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
ดร.ขวัญเรียม หลีเกษม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ดร.พญ.สาวิตรี วิษณุโยธิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
ผศ.ดร.อัญชลี พงศ์เกษตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.ภคณัฐ วีระขจร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.จามรี สอนบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.กฤษเนตร เกษสร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.วิชาภรณ์ อินทรชุตี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ที่ปรึกษา ตรวจอ่านฉบับอังกฤษ	อ.ดร.วิชาญ ภิบาล ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์ ดร.ฐิติกา กิมเส อาบาดี เจ๊ะอาแดร์ Mr.Ganfre Pechayco	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
กองจัดการวารสาร	อิบตีซาน เจ๊ะอุบง ซอบรี มาหะมะยูโซ๊ะ กุลยา โต๊ะรายอ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทบรรณาธิการ

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข (Journal of Education and Research in Public Health) ฉบับนี้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 1 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นวารสารที่มีการเผยแพร่ความรู้จากการศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ผ่านบทความประเภทต่างๆ สู่สาธารณะในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind) ซึ่งเป็นบทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) กองบรรณาธิการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีความมุ่งมั่นในการสร้างสรรค์และพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ โดยกำหนดออกวารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

สำหรับวารสารปีที่ 1 ฉบับที่ 3 นี้ มีบทความวิจัยและบทความวิชาการที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย/คณะผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลงานมีคุณภาพตามหลักวิชาการและหลักการวิจัย เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนัง, ประสิทธิภาพของยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า, การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะล่องโควิด, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโควิด-19, ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคกระดูกหัก, และการประเมินผลกระทบของการระบาดของเชื้อโควิด-19 ต่อการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

ในนามของกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (peer review) ที่กรุณาประเมินคัดกรองบทความวิจัยและบทความวิชาการ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงบทความวิจัยและบทความวิชาการ อันจะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัยเพื่อการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาต่อยอดงานวิจัย ตลอดจนผู้อ่านทั่วไปที่จะนำความรู้ประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพต่อไป พร้อมกันนี้ ขอเชิญผู้สนใจร่วมส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล
บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ

	หน้า
ขอบเขตการตีพิมพ์	i
นโยบายการตีพิมพ์	i
นโยบายการประเมินบทความ	i
กองบรรณาธิการ	ii
บทบรรณาธิการ	iv
สารบัญ	v
ภูมิปัญญาการรักษาโรคและองค์ความรู้ของหมอต้าแยในการดูแลรักษาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา Wisdom and Knowledge of Mor-Tum-Yae in Caring for Pregnant Women Health in Nathum Sub-district, Muang District, Yala Province อัสมาอี อาแซ, พิจิตรา คงเกิด, โรสนานี เหมตระกูลวงศ์ และนวลพรรณ ทองคุปต์ Asma Asae, Phichitra Khongkoed, Rosenanee Hemtrakoonwong and Nualpan Thongkoop	140-152
ประสิทธิผลยาพอกสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง The Effectiveness of Herbal Poultice for Knee Pain Relief from Osteoarthritis of the People Ban Khuan Kham Yan Ta Khao District, Trang Province รัตนา สีมม, คณิตนันท์ จับปริง และเตือนใจ ชูพูล Rattana Seepom, Kanitnan Jubprang and Tuanjai Joopoon	153-162
การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง Empowerment the Performance of Registered Nurses at Palian Hospital, Trang Province มณฑา พุ่มเกลี้ยง Montha Pumklieng	163-173
อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ Incidence and Factors Associated with Long Covid in Patients Infected with Covid-19 Treated at Khok Pho Hospital แหวฮาสิเม๊ะ หะยีเจ๊ะเต๊ะ Weahalimah Hajicheteh	174-185
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง Factors Associated with COVID-19 Deaths in Trang Province ธวัชชัย ล้วนแก้ว Thawatchai Luankaew	186-199
ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการรักษาอาการกระดูกหัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี The Wisdom of Folk Doctor on Fractures Bone Treatment Surat Thani Province อาทิมา จูเส็ง, กนกกร มอหะหมัด, และมาเรียม มามะ Atima Chuseng, Kanokkorn Mohamad and Mariam Mama	200-212

สารบัญ (ต่อ)

การประเมินผลกระทบของการเกิดโรคระบาดกรณีโรค COVID-19 ต่อการรายงานจำนวนผู้ป่วย
โรคไข้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12

Measuring the Impact of COVID-19 Outbreak on Number of Dengue Fever Reported Cases in
the 506 Surveillance System, Region 12

วสุวัฒน์ ทัพเคเลีย

Wasuwat Tupkleo

หน้า

213-225

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข
Journal of Education and Research
in Public Health

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชน
ในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Related to People's Decision to Use Herbs to Treat Skin Diseases in
Suan Luang Subdistrict Chaloe Phrakiat District Nakhon Si Thammarat Province

อัสมา ออแซ ^{1*} พิจิตรา คงเกิด ² โรสนานี เหมตระกูลวงศ์ ¹ และนวลพรรณ ทองคุปต์ ¹

Asma Asae ^{1*}, Phichittra Khongkoed ², Rosenanee Hemtrakoonwong ¹, and Nualpan Thongkoop ¹

^{1*} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 95000

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนชาติวาลัยลักษณ์พัฒนา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

^{1*} Sirindhorn College of Public Health Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. 95000

² Chumchon Satit Walailak Phatthana Health Promoting Hospital, Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province. 80160

* Corresponding Author: อัสมา ออแซ E-mail: asma@yala.ac.th

Received : 20 March 2023

Revised : 9 May 2023

Accepted : 4 July 2023

บทคัดย่อ

การศึกษางานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ศึกษาจากประชาชนจำนวน 240 คน โดยใช้ชุดแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล ระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ส่วนการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง ปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ซึ่งกล่าวได้ว่าปัจจัยต่างๆอาจส่งผลให้ประชาชนประชาชนมีการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: สมุนไพร โรคผิวหนัง ความรู้ ปัจจัยด้านจิตวิทยา การตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพร

Abstract

This research study was a survey study. The objective of this research was to study the factors related to the decision to use herbs to treat skin diseases of people in Suan Luang Subdistrict Chaloe Phrakiat District Nakhon Si Thammarat Province. The study was conducted in the form of a survey of 240 people who used the tool as a questionnaire. Then the data was analyzed for the results. The study period is from July 2020 to September 2020. Data were analyzed using mean, percentage, chi-squared statistic and Pearson correlation. The results showed that Personal factors such as gender, age, status and occupation were not related to

decision to use herbs to treat skin diseases at (p -value < 0.05). The education and income were related to decision to use herbs to treat skin diseases (p -value < 0.05). The knowledge factor was not related to decision to use herbs to treat skin diseases (p -value < 0.05). Which can be said that various factors may influence people to decide to use different herbs.

Keywords: Herbs, Skin disease, Knowledge, Physiological factors, Decision to use herbs

บทนำ

ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน สภาพอากาศโดยทั่วไปจึงร้อนอบอ้าวเกือบตลอดปี เมื่อผิวหนังต้องเผชิญกับแสงแดดจ้ามาก ในช่วงหน้าร้อน อาจส่งผลให้เกิดผิวยุบตัว ผื่นคัน และอากาศที่ร้อนอบอ้าวยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคผิวหนังชนิดต่างๆ ได้ “เหงื่อ” จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้เกิดโรคผิวหนังในช่วงหน้าร้อน โรคผิวหนังเป็นโรคที่พบได้บ่อยในทุกช่วงอายุ ซึ่งจะมีอาการแตกต่างกัน เช่น มีอาการคัน แสบ และในบางกลุ่มจะมีการอักเสบ ตุ่ม ผื่น รอย สะเก็ด ขุยร่วมด้วย [1] ยาที่ใช้รักษาโรคผิวหนังทางแผนปัจจุบันส่วนใหญ่มักมีผลข้างเคียงต่อร่างกาย และนอกจากการใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษาแล้ว ยังพบว่ามีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนัง เช่น การใช้น้ำมันมะพร้าวในการรักษาแผลไหม้ น้ำร้อนลวกแทนการใช้ยา 1% ซิลเวอร์ ซัลฟาไดอะออกไซด์ที่มีผลการรักษาที่ใกล้เคียงกัน แต่น้ำมันมะพร้าวสามารถลดอาการเจ็บปวดขณะทำแผลได้ [2]

ปัจจุบันมีการใช้สมุนไพรเป็นส่วนประกอบในอาหาร ใช้เป็นยารักษาโรคต่างๆ หรือแม้แต่การใช้ในการเสริมความงาม ซึ่งภูมิปัญญาพื้นบ้านในการใช้สมุนไพรถูกส่งผ่านมาแต่อดีต มีการพัฒนาอยู่อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างมูลค่า และเพิ่มคุณค่าให้แก่สมุนไพรไทย โดยทางกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้ร่วมกันจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติฉบับที่ 1 ปี 2560 - 2564 ที่ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร [3] สมุนไพรจึงกลายเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการนำมาดูแลสุขภาพ ซึ่งสมุนไพรในประเทศไทยมีจำนวนมากโดยกลุ่มที่สามารถรักษาโรคผิวหนังได้ เช่น ใบโหระพามีฤทธิ์ในการช่วยรักษาบาดแผลที่มีการพุพอง ฟันผุ ฟันโยก รักษาฝี [4] การใช้ว่านหางจระเข้ในการรักษาแผลต่างๆ เช่น แผลไฟไหม้ เพราะว่านหางจระเข้มีฤทธิ์ช่วยในการสมานแผล และยังช่วยซ่อมแซมเยื่อผิวหนังรวมถึงมีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบของบาดแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ [5]

จากรายงานข้อมูลทางสถิติผู้ป่วยนอกของสถาบันโรคผิวหนัง พบว่าปี 2559 - 2562 โรคผิวหนังอักเสบ มีความชุกมากเป็นอันดับที่ 2 จาก 10 อันดับกลุ่มโรค รองจากโรคผิวหนัง [6] และด้วยบริบทพื้นที่ในตำบลสวนหลวง อำเภอลำลูกกา จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ทำให้เกิดโรคทางผิวหนังได้ง่าย เช่น ผิวยุบตัว ผื่นคัน ผื่นแดง และหลายครอบครัวมีอาชีพ ทำนา ทำสวน ปลูกผัก และมักจะปลูกสมุนไพรพื้นบ้านไว้สำหรับดูแลตนเองและคนในครอบครัว จากการสำรวจพบว่าคนในพื้นที่ตำบลสวนหลวงใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวนไม่มาก มาด้วยอาการที่สามารถรักษาเบื้องต้นป้องกันเองได้ เช่น อาการคัน ผื่นแดง หรือโรคทางระบบย่อยอาหาร

จากปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้ผู้วิจัยมีแนวคิดในการใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาโรคและเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งช่วยสร้างความมั่นคงให้กับสุขภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อีกทางหนึ่งด้วย ทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบลสวนหลวง อำเภอลำลูกกา จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชน ในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวน 2,863 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.7 [7] โดยกำหนดขนาดของอิทธิพล 0.30 คือระดับของขนาดอิทธิพลในระดับ medium ซึ่งเป็นค่า gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อทำการทดสอบในตระกูล Chi-square ที่ยอมรับในระดับสากลจะนิยมใช้ค่า Effect size ที่ 0.30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 [8] ค่าองศาอิสระของตัวแบบ (df) เท่ากับ 6 ที่ได้คำนวณจากสูตร $df = (r-1)(c-1)$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 232 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างทำการศึกษาจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 240 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด 13 หมู่บ้าน จากนั้นทำการเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 240 คน โดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Nonprobability Sampling) เพื่อให้การสำรวจแบบสอบถามครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งทำการแบ่งสัดส่วนแต่ละหมู่บ้านจากนั้นทำการสุ่มโดยบังเอิญครอบคลุมครัวละ 1 คนที่คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ ที่อาศัยอยู่ในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) มีประสบการณ์ในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ หรือใช้รักษาโรคต่างๆ
- 3) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก

- 1) มีภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เช่น การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติ
- 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้จนแล้วเสร็จ

ขอบเขตด้านตัวแปรในการวิจัย

- 1) ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านจิตวิทยา
- 2) ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ การตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนัง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการทบทวน รวบรวมเอกสารต่างๆ รวมถึงมีการศึกษางานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการสร้างเครื่องมือ

ในการวิจัยและได้สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามได้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยในแต่ละข้อจะมีหลายตัวเลือก แต่สามารถเลือกได้เพียงคำตอบเดียว มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของสมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนังแบบสอบถามเป็นลักษณะของการเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด โดยมีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 13 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ซึ่งมีการแบ่งระดับของความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ของ Bloom (1971) คือ

ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100 (ช่วง 16 - 20 คะแนน)

ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99 (ช่วง 12 - 15 คะแนน)

ระดับต่ำ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0 - 59.99 (ช่วง 0 - 11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนังในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ แรงจูงใจ การรับรู้ การเรียนรู้ทัศนคติและความเชื่อ จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ และคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ การแบ่งซึ่งใช้ประเภทของอันตรภาคชั้น 3 ระดับ

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่เห็นด้วย	2	2
ไม่แน่ใจ	1	3

เกณฑ์ในการหาค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาในการเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนังในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งวัดโดยการแบ่งตามอันตรภาคชั้น (Interval scale) ใช้เกณฑ์คำนวณดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

การแปลผลของค่าเฉลี่ยโดยการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์ในการอธิบายดังนี้

2.34 - 3.00	หมายถึง	มีทัศนคติในระดับสูง
1.67 - 2.33	หมายถึง	มีทัศนคติในระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	หมายถึง	มีทัศนคติในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจในการเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนังในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ แรงจูงใจ การรับรู้ และค่านิยม จำนวน 15 ข้อแบ่งเป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ และคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ การแบ่งซึ่งใช้ประเภทการตัดสินใจได้ใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น 3 ระดับ

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

เกณฑ์ในการหาค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับปัจจัยการตัดสินใจในการเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนังในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งวัดโดยการแบ่งตามอันตรภาคชั้น (Interval scale) ใช้เกณฑ์คำนวณดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

การแปลผลของค่าเฉลี่ยโดยการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์ในการอภิปรายดังนี้

2.34 - 3.00	หมายถึง	มีระดับการตัดสินใจสูง
1.67 - 2.33	หมายถึง	มีระดับการตัดสินใจปานกลาง
1.00 - 1.66	หมายถึง	มีระดับการตัดสินใจต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity)

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รูปแบบของคำถาม ความเหมาะสมทางภาษา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) โดยค่า IOC ที่ได้ทั้งหมดบ่งชี้เท่ากับ 0.99 สามารถนำไปใช้ได้

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนในตำบลดอนตรอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของชุดแบบสอบถาม ปัจจัยด้านความรู้ใช้ KR-20 (Kuder-Richardson20) ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านการตัดสินใจ ใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.701, 0.708 และ 0.787 ตามลำดับ โดยค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดบ่งชี้เท่ากับ 0.705

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) ผู้ศึกษายื่นขอเอกสารเพื่อรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 2) ผู้ศึกษาจัดทำหนังสือแนะนำตัวถึงนายอำเภอเฉลิมพระเกียรติ เพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยจากประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ
- 3) การดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาได้ขอความอนุเคราะห์จากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูล เนื่องจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านสามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย และช่วยลดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ศึกษา
- 4) ผู้ศึกษาจะแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง และนำแบบสอบถามไปแจกอธิบายถึงวัตถุประสงค์รวมถึงชี้แจงข้อมูลเบื้องต้นในแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามอย่างอิสระ และมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนทุกครั้งที่มีการเก็บข้อมูล
- 5) ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2563 – กุมภาพันธ์ 2564

6) สถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ พื้นที่ในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 240 ครัวเรือน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนัง มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ อาชีพ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher exact test

3) วิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ การตัดสินใจ และปัจจัยด้านจิตวิทยาในเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ Pearson correlation

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีจำนวน 142 คน (คิดเป็นร้อยละ 59.2) อายุระหว่าง 18-40 ปี จำนวน 199 คน (คิดเป็นร้อยละ 83.0) การศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา/มัธยมศึกษา จำนวน 194 คน (คิดเป็นร้อยละ 80.8) สถานภาพโสดและสมรส จำนวน 104 (คิดเป็นร้อยละ 43.3) ประกอบอาชีพเกษตรกร/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 131 คน (คิดเป็นร้อยละ 54.6) และรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท จำนวน 211 คน (คิดเป็นร้อยละ 87.9) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 240)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	142	59.2
หญิง	98	40.8
อายุ		
18-30 ปี	116	48.4
31-40 ปี	83	34.6
41-50 ปี	30	12.5
51 ปีขึ้นไป	11	4.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	194	80.8
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	46	19.2
สถานภาพ		
โสด	104	43.3
สมรส	104	43.3
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	19	7.9
หม้าย	13	5.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานหน่วยงานของรัฐ	12	5.0
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	29	12.1
เกษตรกร/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	131	54.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/กำลังศึกษา	68	28.3
รายได้		
≤ 15,000	211	87.9
> 15,001	29	12.1

2) ความรู้ของสมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง

จากการวัดความรู้ของสมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 1 ว่าเป็นจากว่านหางจระเข้ช่วยรักษาแผลสด น้ำร้อนลวก จำนวน 225 คน (คิดเป็นร้อยละ 93.8) รองลงมา คือ ข้อ 5 ผักบุ้งทะเล มีดอกสีชมพูอมม่วง มักเจอได้บริเวณชายหาด สามารถรักษาแผลเรื้อรังได้ จำนวน 164 คน (คิดเป็นร้อยละ 68.3) และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 2 ว่านมหากาฬรักษาสะเก็ดเงิน จำนวน 80 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.3) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละความรู้ของสมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง (n = 240)

ข้อ	คำตอบ			
	ถูก		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ว่าเป็นจากว่านหางจระเข้ช่วยรักษาแผลสด น้ำร้อนลวก	225	93.8	15	6.2
2. ว่านมหากาฬรักษาสะเก็ดเงิน	80	33.3	160	66.7
3. บัวบก มีสรรพคุณรักษาแผล ฝีหนอง	128	53.3	112	46.7
4. ใบสดของเสลดพังพอนตำละเอียดสามารถแก้ลมพิษ	156	65.0	84	35.0
5. ผักบุ้งทะเล มีดอกสีชมพูอมม่วง มักเจอได้บริเวณชายหาด สามารถรักษาแผลเรื้อรังได้	164	68.3	76	31.7
6. ยางสีดาของว่านหางจระเข้สามารถนำมาพอกบริเวณแผลไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวกได้	141	58.8	99	41.2
7. ใบพลูช่วยรักษาแผลหนองเรื้อรังได้	157	65.4	83	34.6
8. ใบน้อยหน้าตำละเอียดผสมเหล้ารักษาไฟลามทุ่ง	116	48.3	124	51.7
9. มะหาดแก้ผื่นคัน	162	67.5	78	32.5
10. น้อยหน้าสามารถฆ่าพยาธิผิวหนัง หิด เหาได้	150	62.5	90	37.5
11. ฟ้าทลายโจรตำละเอียดผสมกับเหล้าขาวช่วยรักษาแผล ฝี ได้	145	60.4	95	39.6
12. กลากน้ำนมรักษาได้โดยนำน้ำมันมะพร้าวมาทาบริเวณที่เป็น	107	44.6	133	55.4
13. ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	115	47.9	125	52.1
14. น้ำมันมะพร้าวรักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	139	57.9	101	42.1
15. มะคำดีควายตำพอแหลกสามารถรักษาชันนะตุ	150	62.5	90	37.5

ข้อ	คำตอบ			
	ถูก		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
16. ผักบุ้งทะเลห้ามใช้ในผู้ที่โดนแมลงสัตว์กัดต่อย	115	47.9	125	52.1
17. ใบชุมเห็ดเทศต้มแล้วนำมาล้างบริเวณที่เป็นฝีช่วยให้แผลแห้งเร็วขึ้น	147	61.2	93	38.8
18. โรคกลาก เกื้อถอนสามารถใช้ทิงเจอร์ทองพันชั่งในการรักษา	120	50.0	120	50.0
19. กระเทียมมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรคบริเวณผิวหนังได้	116	48.3	124	51.7
20. มะคำดีควายไม่สามารถรักษาอาการน้ำเหลือง	154	64.2	86	35.8

3) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้ต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง

จากข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้ต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง พบว่ามีความรู้ระดับสูง จำนวน 23 คน (คิดเป็นร้อยละ 9.6) มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 84 คน (คิดเป็นร้อยละ 35.0) และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 133 คน (คิดเป็นร้อยละ 55.4) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยด้านความรู้ในการเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง (n = 240)

ปัจจัยด้านความรู้		จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	(ช่วง 16 – 20 คะแนน)	23	9.6
ระดับปานกลาง	(ช่วง 12 – 15 คะแนน)	84	35.0
ระดับต่ำ	(ช่วง 0 – 11 คะแนน)	133	55.4

4) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง

จากข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง พบว่ามีการเลือกใช้สมุนไพรสูง จำนวน 11 คน (คิดเป็นร้อยละ 4.6) เลือกใช้ปานกลาง จำนวน 228 คน (คิดเป็นร้อยละ 95.0) และเลือกใช้ต่ำ จำนวน 1 คน (คิดเป็นร้อยละ 0.4) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยด้านจิตวิทยาในการเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง (n = 240)

ปัจจัยด้านจิตวิทยา		จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	(2.34 – 3.00 คะแนน)	11	4.6
ระดับปานกลาง	(1.67 – 2.33 คะแนน)	228	95.0
ระดับต่ำ	(1.00 – 1.66 คะแนน)	1	0.4

$$\bar{X} = 2.09, S.D. = 0.17, \text{Max} = 2.48, \text{Min} = 1.81$$

5) ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนัง

จากข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนัง พบว่ามีการตัดสินใจในการเลือกใช้สมุนรักษาโรคผิวหนังในระดับสูง จำนวน 17 คน (คิดเป็นร้อยละ 7.1) รองลงมาการตัดสินใจในระดับปานกลาง จำนวน 221 คน (คิดเป็นร้อยละ 92.1) และการตัดสินใจระดับต่ำ จำนวน 2 คน (คิดเป็นร้อยละ 0.8) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง (n = 240)

ระดับการตัดสินใจ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	(2.34 – 3.00 คะแนน)	17	7.1
ระดับปานกลาง	(1.67 – 2.33 คะแนน)	221	92.1
ระดับต่ำ	(1.00 – 1.66 คะแนน)	2	0.8

$\bar{X} = 2.10, S.D. = 0.18, \text{Max} = 2.08, \text{Min} = 1.60$

6) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง

จากความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง พบว่า เพศ สถานภาพ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชน ในตำบลสวนหลวงอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อายุ การศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง (n = 240)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการตัดสินใจ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	0.8	127	52.9	13	5.4
หญิง	0	0.0	94	39.2	4	1.7
		$\chi^2 = 3.274$		$p\text{-value} = 0.178$		
อายุ (ปี)						
18 – 30	0	0.0	113	47.1	3	1.25
31 - 40	2	0.8	68	28.3	13	5.4
41 - 50	0	0.0	29	12.1	1	0.4
51 ปีขึ้นไป	0	0.0	11	4.6	0	0.0
		$\chi^2 = 15.877$		$p\text{-value} = 0.005^*$		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	2	0.8	187	77.9	5	2.1
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.0	34	14.2	12	5.0
		$\chi^2 = 26.992$		$p\text{-value} = 0.000^*$		
สถานภาพ						
โสด	0	0.0	99	41.3	5	2.1
สมรส	2	0.8	90	37.5	12	5.0
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	0	0.0	19	7.9	0	0.0
หม้าย	0	0.0	13	5.4	0	0.0
		$\chi^2 = 7.770$		$p\text{-value} = 0.190$		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการตัดสินใจ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	1	0.4	10	4.2	1	0.4
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	0	0.0	26	10.8	3	1.2
เกษตรกร/ค้าขาย/ธุรกิจ	1	0.4	119	49.6	11	4.9
ส่วนตัว						
ไม่ได้ประกอบอาชีพกำลัง	0	0.0	66	27.5	2	0.6
ศึกษา						
	$\chi^2 = 8.401$			$p\text{-value} = 0.152$		
รายได้ (บาท)						
≤ 15,000	2	0.8	200	83.3	9	3.8
> 15,001	0	0.0	21	8.8	8	3.3
	$\chi^2 = 23.293$			$p\text{-value} = 0.000^*$		

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

7) ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ และด้านจิตวิทยากับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Correlation

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง ปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628$, $p\text{-value} < 0.05$) มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ และระดับจิตวิทยากับระดับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง (n = 240)

ตัวแปรที่ศึกษา	การตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนัง	
	r	sig.
ปัจจัยด้านความรู้	0.171	0.089
ปัจจัยด้านจิตวิทยา	0.628	0.031*

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.05$)

อภิปราย

จากการวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน เนื่องจากบริบทการอยู่อาศัยที่ใกล้เคียงกัน สภาพแวดล้อมแบบเดียวกัน และยังมีกรปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงมีการแนะนำจากเพื่อนบ้านหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้สมุนไพรเป็นผลให้เพศที่ต่างกันมีการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรที่ไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความรู้ ทั้งยังมีส่วนช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ได้อย่างมีคุณภาพ รวมถึงการศึกษาจะทำให้ประชาชน

เกิดค่านิยม และเกิดการตระหนักหาความรู้เพิ่มเติมได้อย่างไม่จำกัด โดยส่วนใหญ่ประชาชนได้รับความรู้จากการใช้อินเตอร์เน็ตในการสืบค้น รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรม และสภาพแวดล้อมรอบข้างมีผลให้เกิดการตัดสินใจและทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรที่แตกต่างกันออกไป สภาพภาพ และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด อยู่ในช่วงอายุ 18 - 30 ปี และมีอาชีพเป็นเกษตรกร ค่าขาย ธุรกิจส่วนตัว ซึ่งอาจคุ้นเคยกับพืชสมุนไพรเพราะมีการแนะนำบอกต่อจากคนรู้จัก ทั้งการได้มาซึ่งสมุนไพรที่หาได้ง่ายตามท้องตลาด และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้มองว่าการใช้พืชสมุนไพรจะใช้ในผู้สูงอายุหรือทำให้ถูกมองว่าล่าสมัยแต่ในกลุ่มคนวัยทำงานก็ยังมีกรนำสมุนไพรมาใช้ดูแลตนเอง เพราะมีรูปแบบที่สามารถพกพาได้สะดวกใช้ได้หลากหลายอาการโรค อายุมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความคิดของแต่ละช่วงอายุ โดยช่วงอายุ 18 - 30 ปี อยู่ในช่วงวัยทำงานมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพืชสมุนไพรจากสื่อต่างๆ รายได้มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน โดยเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเลือกวิธีการรักษาตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท ซึ่งมีการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโดยใช้สมุนไพรสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 15,001 บาท เพราะพืชสมุนไพรเป็นยาที่สามารถปลูกเองได้ มีราคาถูก หาซื้อได้ง่ายตามท้องตลาด ทั้งยังมีสรรพคุณในการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้รับการรับรองรับรวมถึงในปัจจุบันมีการสนับสนุนให้ใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพร เนื่องจากประชาชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องสมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 55.4) เนื่องจากปัจจัยหลายๆ ด้าน เช่น ประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา จึงทำให้มีระดับความรู้ต่ำ และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร ค่าขาย ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้เฉลี่ย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท ซึ่งในแต่ละวันต้องออกไปทำงานค่อนข้างหนักจึงทำให้ไม่ค่อยมีเวลาศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพืชสมุนไพรเพิ่มเติมหรือบางครั้งได้รับการถ่ายทอดความรู้ผิดๆ มาจากคนรอบข้าง และจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า โดยส่วนใหญ่ประชาชนมีการรับความรู้มาจากบรรพบุรุษ การบอกต่อจากคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ในส่วนของการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข หรือแรงกระตุ้นจากผู้นำในหมู่บ้านน้อย เมื่อไม่มีการสนับสนุนทำให้ประชาชนไม่กล้าที่จะตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพร เพราะไม่มีความมั่นใจทั้งยังไม่ทราบสรรพคุณ วิธีใช้ จึงเป็นเหตุผลให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพรน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาคีเจริญ พบว่าประชาชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรในระดับต่ำ [9] สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพรในระดับต่ำ เนื่องจากประชาชนมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และยังขาดการสนับสนุนจากสังคม ขาดผู้เชี่ยวชาญในการแนะนำให้ความรู้ประชาชน จึงทำให้ประชาชนมีระดับความรู้ต่ำ [10] สอดคล้องกับแนวคิดของคาร์เตอร์ วี กู๊ด [11] ที่กล่าวว่า บุคคลควรจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้นเพื่อประกอบการตัดสินใจนั้นก็คือบุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่างๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ โดยได้รับการชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมทั้งเกิดความตระหนักความเชื่อ และค่านิยมต่างๆ ด้วย เช่นเดียวกับงานวิจัยของสุกิจที่กล่าวว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคตามแนวคิดของกรีนและกรูเธอร์ [12] ซึ่งกล่าวว่าความรู้ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเพราะความรู้สามารถส่งผลถึงพฤติกรรมได้ แต่ในทางกลับกันความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้มนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แต่ต้องมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

จิตวิทยามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรในการดูแลตนเอง เนื่องจากการมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพร และแรงสนับสนุนจากสังคมให้มีการปลูกพืชสมุนไพรไว้ในครัวเรือน การรับรองจาก อย. ให้สามารถนำสมุนไพรมาใช้ได้อย่างปลอดภัยถูกกฎหมาย จะทำให้ประชาชนเห็นถึงความสำคัญของพืชสมุนไพรที่มีการใช้มาอย่างยาวนานแพร่หลายมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษา

โรคของประชาชน จังหวัดเพชรบุรี พบว่าพฤติกรรมในการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคมีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติในการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) [13] และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง [14] เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลนามล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การที่ประชาชนมีเจตคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพรจะส่งผลดี เนื่องจากเจตคติเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการตัดสินใจและทัศนคติในทิศทางบวก รวมทั้งจิตวิทยาต่อการเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคในชีวิตประจำวันของประชาชน [15] ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model [12] ซึ่งกล่าวว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม หากประชาชนมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

สรุป

จากการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในครั้งนี้ พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในระดับต่ำ ซึ่งหากประชาชนไม่มีพื้นฐานความรู้เบื้องต้นอาจก่อให้เกิดการสูญหายของวิถีชีวิตที่ใช้สมุนไพรในการบรรเทา บำบัดโรคได้ในอนาคต รวมถึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้สมุนไพร สนับสนุนให้มีการปลูกและเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน เกี่ยวกับพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่ออนุรักษ์ภูมิปัญญาการรักษาโรคที่มีการสั่งสมมาตั้งแต่บรรพบุรุษรวมถึงรณรงค์ให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรในการดูแลตัวเองในเบื้องต้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเมื่อเจ็บป่วยได้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLEC-001/2564

การอ้างอิง

อัสมารี อาแซ, พิจิตรา คงเกิด, โรสนานี เหมตระกูลวงศ์, และนวลพรรณ ทองคุปต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(3): 140-152.

Asae A, Khongkoed P, Hemtrakoonwong R, and Thongkoop N. Factors Related to People's Decision to Use Herbs to Treat Skin Diseases in Suan Luang Subdistrict Chaloe Phrakiat District Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(3): 140-152.

เอกสารอ้างอิง

- [1] ปรียา กุลละวณิชย์ และประวิตร พิศาลบุตร. ตำราโรคผิวหนังในเวชปฏิบัติปัจจุบัน. กรุงเทพฯ, บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2555.
- [2] สมคิด วีระเทพสุภรณ์. รายงานผู้ป่วยแผลไฟไหม้ด้วยน้ำมันมะพร้าว. วารสารทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2556; 11(3): 227-232.
- [3] กระทรวงสาธารณสุข และองค์การภาครัฐ – เอกชน. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560 – 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรปราการ, ทีเอส อินเตอร์พรีนท์. 2559.
- [4] นางเยาว์ ชัดดีตะ. การพัฒนาเจลบำรุงผิวจากสารสกัดสมุนไพรไทยบางชนิดที่สามารถยับยั้งแบคทีเรีย

- ก่อโรคผิวหนัง [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
- [5] Tangjitjareonkun J, and Supabphol R. Application of Aloe Vera on Wound Healing. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 2015; 22(3): 53-67.
- [6] สถาบันโรคผิวหนัง. ข้อมูลด้านสถิติ สถิติโรคผู้ป่วยนอกที่พบบ่อย ปีงบประมาณ 2559-2562. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566 จาก <https://www.iod.go.th>.
- [7] Erdfelder E, Faul F, and Buchner A. GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*. 1996; 28(1): 1-11. DOI: 10.3758/BF03203630
- [8] Hair JF, Black WC, Babin BJ, and Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition. New York, Pearson. 2010.
- [9] ชนิตา มัททวงกูร, ขวัญเรือน กำวิฑู, สุจิตา ดีหนู, และสิริณัฐ สนิวรรณกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาคใต้. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*. 2562; 20(39): 99-109.
- [10] กฤติเดช มิ่งไม้. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*. 2560; 36(2): 56-69.
- [11] Good CV. *Dictionary of Education*. New York, McGraw-Hill Book. 1973.
- [12] Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, and Partridge KB. *Health Education Planning : A Diagnostic Approach*. Mountain View, Mayfield. 1980.
- [13] สันฐิตาพร กลิ่นทอง. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี. การประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเพชรบุรี วิจัยเพื่อแผ่นดินไทยที่ยั่งยืน ครั้งที่ 7 “สหวิทยาการ สู่ไทยแลนด์4.0”, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. 2560.
- [14] สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, เรณู สะแหละ, และยุวดี กองมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทองหล่อ จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2558; 24(1): 50-59.
- [15] นิตยา แสงประจักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลนามล จังหวัดกาฬสินธุ์. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. 2562.

ประสิทธิผลยาพอกสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม
อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

The Effectiveness of Herbal Poultice for Knee Pain Relief from Osteoarthritis of the
People Ban Khuan Khiam Yan Ta Khao District, Trang Province

รัตนา สีม 1* คณิตนันท์ จับปรั่ง 1 และเตือนใจ ชูพูล 1

Rattana Seepom 1*, Kanitnan Jubprang 1, and Tuanjai Joopoon 1

1* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง 92140

1* Ban Khuan Khiam Health Promoting Hospital, Yan Ta Khao District, Trang Province. 92140

* Corresponding Author: รัตนา สีม E-mail: rattana4072@gmail.com

Received : 5 April 2023

Revised : 26 June 2023

Accepted : 4 July 2023

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ทั้งระดับโลก ระดับประเทศ และพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนเคี่ยม จากรายงานผู้มารับบริการแพทย์แผนไทยด้วยอาการปวดเข่ามีถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด รพ.สต.บ้านควนเคี่ยม คิดค้นตำรับยาพอกเข่าสมุนไพรขึ้น ด้วยการนำสมุนไพรในท้องถิ่นมาทำเป็นยาพอกสมุนไพรสรรพคุณ ลดปวดกล้ามเนื้อ และข้อ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลยาพอกสมุนไพรต่อการบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มกราคม - มีนาคม 2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จับคู่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมิน Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย ทำการทดลอง 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที วัดระดับความปวดก่อน และหลังการทดลองทุกครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของแต่ละกลุ่มก่อน และหลัง ใช้สถิติ Pair t-test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่มก่อน และหลัง ใช้สถิติ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรสามารถลดระดับความปวดเข่าได้

คำสำคัญ: ยาพอกสมุนไพร อาการปวดเข่า โรคข้อเข่าเสื่อม

Abstract

Osteoarthritis is a major public health problem both globally and nationally and the area responsible for Ban Khuan Khiam Health Promoting Hospital. Reports of people receiving Thai traditional medicine services with knee pain, there are up to 60 percent. We has invented a recipe for herbal knee wraps with the introduction of herbs that are local to make a hot herbal poultice. Effective in reducing muscle and joint pain. Study it is a Quasi-Experimental Research. Intended for Study the effectiveness of herbal poultice on the relief of knee pain from osteoarthritis of Ban Khuan Khiam people Yan Ta Khao District, Trang Province. Data collection period January - March 2021. Select specific sample group 40 people divided into 2 groups: the

experimental group and the control group, match with similar characteristics 20 people per group. The instrument used was the Thai version of the Modified WOMAC assessment form. The experiment was performed 3 times, each time 20 minutes. Pain levels were measured before and after each experiment. General data were analyzed by statistical percentage, the mean pain scores of each group before and after using Pair t-test, Compare the mean pain scores between the groups before and after, independent t-test was used. The study found that the mean pain scores of the experimental group after the 3 experiments were significantly lower than before the experiment, (p -value < 0.001). Mean pain scores of the experimental group and the control group after the experiment. There was a statistically significant difference (p -value < 0.001).

Keywords: Herbal poultice, Knee pain, Osteoarthritis

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) [1] คาดการณ์ว่า จะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนในพ.ศ. 2563 โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ที่เป็นสาเหตุอันดับสี่ของโรคนับตามจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการ (Years lived with disability: YLDs) และได้คาดการณ์ว่า ในค.ศ. 2000 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1,700 และ 2,693 คนต่อประชากร 100,000 คน [2] กับข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยที่พบมากขึ้นกว่า 6 ล้านคน ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 [3] ส่วนใหญ่จะพบใน เพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป และมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ซึ่งหากปล่อยนานจะเกิดข้อพิการ เข่าผิดรูปชนิดโก่งออก เข่าผิดรูปชนิดขาเก เป็นต้น สาเหตุสำคัญเกิดมาจากความอ้วน การใช้งานหนัก และความเสื่อมสภาพของกระดูก และข้อตามอายุที่มากขึ้น [4] นอกจากนี้อาชีพหรือการทำงานหนักก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเข่าเสื่อม รวมทั้งการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ของข้อจะทำให้เกิดการเสื่อมของข้อได้เร็วกว่าปกติ [5]

แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบด้วย การรักษาโดยไม่ใช้ยา การใช้ยา และการรักษาโดยการผ่าตัด นอกจากแนวทางการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วยังมีการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การนวดไทย ฤๅษีดัดตน การประคบสมุนไพร การกั๊กน้ำมัน การเผายา และการพอกยา ซึ่งการรักษา โรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการพอกยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่แพทย์แผนไทยนิยมใช้ในการรักษาโรคกระดูก และกล้ามเนื้อ การพอกด้วยยาสมุนไพรจะช่วยดูดพิษตามข้อต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด บวม แดง ร้อน และอักเสบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยตัวยาสมุนไพรที่นิยมใช้ในการพอกส่วนใหญ่มีสรรพคุณช่วยลดความปวด และมีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ เช่น ไพล ใบพลับพลึง กะทือ ขมิ้นชัน ชิง ที่ประสิทธิภาพในการลดอาการปวดเข่าสามารถลดการอักเสบ และช่วยรักษาอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเข่าเสื่อม เป็นต้น [6]

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านควนเคี่ยม ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรีดยาง [7] ทำให้ต้องใช้กั๊กกล้ามเนื้อ แขน ขา และเท้าเป็นประจำทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อตามมา สอดคล้องกับรายงานผู้ป่วยนอกของหน่วยงาน 3 ปีย้อนหลัง (2561 - 2563) พบว่าในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก และการมารักษาแก้ปวดเมื่อย (กลุ่ม NSAID) ของผู้ป่วยมีอัตราเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย โรคข้อเข่าเสื่อมมีมากถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด [8] จากปัญหาข้างต้น กลุ่มงานแพทย์แผนไทย รพ.สต.บ้านควนเคี่ยม จึงได้หาวิธีการลดการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย (กลุ่ม NSAID) และให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ โดยการคิดค้นตำรับยาพอกเข่าขึ้น โดยการนำสมุนไพรที่หาได้ง่ายตามท้องถิ่นมาใช้พื้นฐานทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มาทำการวิเคราะห์หยา สรรพคุณของตัวยา ได้เป็นยาพอกที่มี รสร้อน กระจายลม มีสรรพคุณในการดูดพิษ ลดอาการปวดเมื่อย และลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ เป็นการนำองค์ความรู้

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เป็นการลดระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลยาพอกสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง เพื่อให้การพอกยาสมุนไพรเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่มีอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม ลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน และผลข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากยา ในอนาคตต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) ชนิด 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการวัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Two groups Pre-posttest design) ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2564

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีอาการปวดเข่า โรคข้อเข่าเสื่อม (จับโปงเข่าแห้ง) ที่เข้ารับการรักษาใน รพ.สต.บ้านควนเคี่ยม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลองของ Polit และ Hunger โดยอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มสองกลุ่ม โดยการจับคู่ที่มีลักษณะข้อมูลทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน โดยแบ่งกลุ่มกลุ่มละ 20 คน คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ได้รับยาพอกสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม และกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ไม่ได้รับยาพอกสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) มีอาการปวดข้อเข่า ประเมินจาก Pain Severity Score อยู่ในระดับ 5 ขึ้นไป 2) มีระยะเวลาปวดเข่า 1 - 3 เดือน 3) ไม่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุทางข้อเข่ามาก่อน 4) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย 5) ไม่มีบาดแผลบริเวณข้อเข่า 6) มีอายุ 35 - 70 ปี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ประวัติโรคประจำตัว การรักษาอาการปวดข้อเข่าในปัจจุบัน ประวัติการรักษาอาการปวดบริเวณข้อเข่าขณะมีอาการ ระยะเวลาที่ปวดข้อเข่า ตำแหน่งที่ปวดข้อเข่า ส่วนที่ 2 ใช้แบบประเมิน Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย [9] เพื่อประเมินอาการปวดข้อเข่า ข้อฝืด และระดับความสามารถในการทำงานของข้อ เป็นแบบประเมินอาการของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ 3 ส่วน คือ คำถามระดับความปวด 5 ข้อ ระดับอาการข้อฝืด 2 ข้อ และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดตั้งแต่ 0 ไม่ปวดเลย จนถึง 10 ปวดมากจนทนไม่ได้ ผู้เลือกตอบโดยการกาเครื่องหมายหรือวงกลมล้อมรอบตัวเลขตรงกับอาการของตนมากที่สุด

4. การรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือและวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ตักรับยาพอกสมุนไพรประกอบด้วย เหง้าขิง เหง้าไพล โทงเทง เมล็ดพริกไทย ใบชาพญู เหง้ากะทือ เกลือ เหง้าข่า และว่านตะขาคาบ นำสมุนไพรทั้งหมดมาสกัดโดยใช้แอลกอฮอล์ 70% เป็นเวลา 7 วัน กรองเอาแต่น้ำ เก็บใส่ภาชนะสำหรับรอปอก และเตรียมสำลีแผ่นขนาด 15 x 10 cm การพอกโดยนำสำลีแผ่นจุ่มตัวยาล้างให้ชุ่ม แล้วนำมาพอกไว้บริเวณหัวเข่าบริเวณที่ปวด ใช้เวลาในการพอกครั้งละ 20 นาที ทำการทดลองทั้งหมด 3 ครั้ง และเก็บแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยมาวันเว้นวัน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ BMI สถานภาพ ประวัติโรคประจำตัว การใช้ยารักษาอาการปวดข้อเข่าในปัจจุบัน ประวัติการรักษา และการบริหารขณะมีอาการ ระยะเวลาที่ปวดข้อเข่า ตำแหน่งที่ปวดข้อเข่า ใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดข้อเข่าก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน โดยพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 35 - 49 ปี ค่า BMI อยู่ระหว่าง 23 - 24 มีอาชีพเกษตรกร สถานภาพสมรส ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการรักษาอาการปวดข้อเข่าขณะมีอาการตำแหน่งที่ปวดข้อเข่าทั้ง 2 ข้าง มีระยะเวลาที่ปวดข้อเข่า 2 เดือน และมีระดับความปวด (Pain score) อยู่ที่ระดับ 5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะกลุ่ม	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	3	15.0	1	5.0
	หญิง	17	85.0	19	95.0
อายุ	35 - 49	7	35.0	8	40.0
	50 - 64	7	35.0	6	30.0
	65 ปี ขึ้นไป	6	30.0	6	30.0
BMI	ระหว่าง 18.50 - 22.90	5	25.0	6	30.0
	ระหว่าง 23 - 24	6	30.0	4	20.0
	ระหว่าง 25 - 29.9	5	25.0	6	30.0
	มากกว่า 30	4	20.0	4	20.0

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะกลุ่ม	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ					
	ทำงานบ้าน	2	10.0	2	10.0
	เกษตรกร	14	70.0	13	65.0
	รับจ้าง	2	10.0	3	15.0
	ค้าขาย	1	5.0	1	5.0
	ลูกจ้างประจำ/รับราชการ	1	5.0	1	5.0
สถานภาพ					
	โสด	2	10.0	2	10.0
	สมรส	13	60.0	15	75.0
	แยกกันอยู่	1	5.0	1	5.0
	หม้าย	4	20.0	2	10.0
โรคประจำตัว					
	ไม่มี	8	40.0	9	45.0
	HT	2	10.0	8	40.0
	OA	9	45.0	2	10.0
	ไขมันสูง	1	5.0	1	5.0
ประวัติการรักษาอาการปวดข้อเข้าขณะมีอาการ					
	ไม่มี	13	65.0	11	55.0
	ทานยา	5	25.0	6	30.0
	นวดน้ำมัน	2	10.0	3	15.0
ระยะเวลาที่ปวดข้อเข้า					
	1 เดือน	5	25.0	7	35.0
	2 เดือน	13	65.0	8	40.0
	3 เดือน	2	10.0	5	25.0
ตำแหน่งที่ปวดข้อเข้า					
	ข้างซ้าย	3	15.0	5	25.0
	ข้างขวา	4	20.0	5	25.0
	ทั้งสองข้าง	13	65.0	10	50.0
ระดับอาการปวด (Pain score) ขณะทดลอง					
	5	12	60.0	11	55.0
	6	4	20.0	6	30.0
	7	2	10.0	3	15.0
	8	2	10.0	0	0

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองในระยะเวลาก่อน และหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองในระยะก่อน และหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง

การทดลอง	n	\bar{x}	S.D.	t	df	p-value
การทดลองครั้งที่ 1						
ก่อนการทดลอง	20	5.05	1.49	7.96	19	0.000
หลังการทดลอง	20	2.50	1.18			
การทดลองครั้งที่ 2						
ก่อนการทดลอง	20	4.70	1.35	5.67	19	0.000
หลังการทดลอง	20	1.80	1.09			
การทดลองครั้งที่ 3						
ก่อนการทดลอง	20	3.81	1.54	9.00	19	0.000
หลังการทดลอง	20	1.52	1.27			

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มควบคุมในระยะก่อน และหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มควบคุมในระยะก่อน และหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง

การทดลอง	n	\bar{x}	S.D.	t	df	p-value
การทดลองครั้งที่ 1						
ก่อนการทดลอง	20	5.86	1.47	1.24	19	0.220
หลังการทดลอง	20	5.12	1.02			
การทดลองครั้งที่ 2						
ก่อนการทดลอง	20	5.35	1.31	1.21	19	0.230
หลังการทดลอง	20	4.45	1.12			
การทดลองครั้งที่ 3						
ก่อนการทดลอง	20	3.85	1.52	1.87	19	0.850
หลังการทดลอง	20	3.30	1.25			

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง ทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อน และหลังการทดลอง ทั้ง 3 ครั้ง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
การทดลองครั้งที่ 1							
ก่อนการทดลอง	5.05	1.49	5.86	1.47	-2.13	38	0.830
หลังการทดลอง	2.50	1.18	5.12	1.02	-3.57	38	0.000

การทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
การทดลองครั้งที่ 2							
ก่อนการทดลอง	4.70	1.35	5.35	1.31	-1.90	38	0.060
หลังการทดลอง	1.80	1.09	4.45	1.12	-3.15	38	0.000
การทดลองครั้งที่ 3							
ก่อนการทดลอง	3.81	1.54	3.85	1.52	-0.311	38	0.760
หลังการทดลอง	1.52	1.27	3.30	1.25	-3.13	38	0.000

อภิปราย

การศึกษาประสิทธิผลยาพอกสมุนไพรทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลยาพอกสมุนไพรทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) ชนิด 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Two groups Pre-posttest design) เป็นการใช้อยาพอกสมุนไพรทาอาการปวดเข่าที่ได้ทำการวิเคราะห์หรรษา สรรพคุณของตัวยา และคัดเลือกสมุนไพรที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น จากนั้นทำการตั้งเป็นยาตำรับโดยใช้พื้นฐานทางทฤษฎีของการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้เป็นตำรับยารสร้อน สรรพคุณลดปวด ดูดพิษ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้ใช้เครื่องมือประเมินอาการปวดจากแบบประเมิน มีทั้งสิ้น 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการปวดข้อเข่า ข้อฝืด และระดับความสามารถในการทำงานของข้อของประชาชนที่เข้ารับการรักษาอาการปวดเข่า ในรพ.สต.บ้านควนเคี่ยม ดัดแปลงจากแบบประเมิน Modified WOMAC ฉบับภาษาไทยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไปใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบข้อมูลและการวิเคราะห์ที่นำมาเป็นข้อวิจารณ์ ได้ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง สามารถลดระดับอาการปวดเข่าได้ ซึ่งค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับศิริพร แยมมูล, เกษฎา อุดมพิทยาสรณ์, และอิศรา ศิริมณีรัตน์ [10] ผลการศึกษาประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยตำรับสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ระดับอาการปวดเข่าของผู้ป่วยลดลงค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเข่าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และสอดคล้องกับไข่มุก นิลเพชร, วีระชาติ อำนาจวรรณพ, สโรชา พงกษวัน, และพูนศรี จุลจรรยา [11] ศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรพอกเข่าต่อระดับความปวดเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฟ้าห่วน ตำบลไร่ขี้ อำเภอสิรินธร จังหวัดอำนาจเจริญที่ใช้สูตรสมุนไพรสร้อน ได้แก่ ผิวมะกรูด เมล็ดพริกไทย ข่า ดีปลี ใบมะขาม ใบส้มป่อย และตัวยาอื่นๆ โดยนำสมุนไพรมาบดเป็นผงแล้วเทด้วยแอลกอฮอล์ 40% (เหล้าขาว) มาใช้ทดลอง ผลการทดลองพบว่า คะแนนระดับความเจ็บปวดข้อเข่าที่ได้รับการพอกยาสมุนไพร พบว่าก่อนการพอกยาสมุนไพร ครั้งที่ 1 มีอาการปวดเข่าอยู่ในระดับปวดมาก และหลังการพอกยาสมุนไพรครั้งที่ 4 มีอาการปวดเข่าอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ซึ่งอาการปวดข้อเข่าก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) แสดงให้เห็นว่าการพอกเข่าด้วยสมุนไพรสามารถลดอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้ และสอดคล้องกับสุรินทร์ วิจิตร, ชากิมะห์ สะมาแล, ขวนชม ขุนเอียด, วิชชาดา สิมลา, ต้ม บุญรอด, และศิริรัตน์ ศรีรักษา [12] ศึกษาประสิทธิผล

ของยาพอกเข้าตำรับหลวงปู่ศุขวัดปากคลองมะขามเฒ่าต่อการบรรเทาอาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคลมจับโป่งแห้งเข้า โดยการนำยาพอกเข้าตำรับหลวงปู่ศุขวัดปากคลองมะขามเฒ่า ประกอบด้วย ผงผักเสี้ยนผี ผงไพลและการบูร อย่างละ 1 ส่วน ผสมให้เข้ากัน นำผงยาที่ได้มาผสมกับแอลกอฮอล์ จากนั้นนำตัวยาผสมให้เป็นเนื้อเดียวกันจนเหนียวและนุ่มพอที่จะสามารถพอกเข้า อาสาสมัครจะได้รับการรักษาด้วยการพอกเข้า จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครมีระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และมีองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าทางอ้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และเป็นผลมาจาก เหน็บขัง [13] เหน็บไหล่ [14] เหน็บกะทือ [15] เหน็บข่า [14] ที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ลดอาการปวด และอาการอักเสบ โทงเทง (พุงพิง) [16] และว่านตะขบ [17] มีสรรพคุณช่วยคลายข้ออักเสบ แก้กัมมวดกัณฑ์ และลดการอักเสบบริเวณผิวหนังได้ดี เมล็ดพริกไทย [18] ใบข้าพลุ [19] สรรพคุณช่วยกระจายลม ขับลม ลดอาการปวด กลืน [20] ช่วยการดูดซึมสมุนไพรผ่านผิวหนัง คลายเครียด คลายกล้ามเนื้อ และตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม หรือจับโป่งเข้า เกิดจากการเสื่อมของร่างกายส่งผลให้ธาตุลมหย่อน เกิดการคั่งค้างของไฟ และน้ำบริเวณข้อเข่า ทำให้เกิดอาการปวด บวมแดง และร้อนของข้อเข่าตามมา อาการเช่นนี้จึงต้องใช้ ยารสร้อนในการรักษา เพื่อเพิ่มกำลังของธาตุลม ทำให้ลดการคั่งค้างของธาตุไฟ และน้ำ สามารถลดอาการปวดข้อเข่าได้

ดังนั้น ยาพอกสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ที่ได้ใช้พื้นฐานทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมาทำการวิเคราะห์หยา สรรพคุณของตัวยาคือได้เป็นยาพอกที่มีรสร้อน กระจายลม มีสรรพคุณในการคลายข้อ ลดอาการปวดเมื่อย และลดการอักเสบของกล้ามเนื้อเป็นการนำองค์ความรู้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ ทำให้กลุ่มทดลองสามารถลดอาการปวดเข่าได้

สรุป

การศึกษาประสิทธิผลยาพอกสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองสามารถลดระดับอาการปวดเข่าได้ ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับความปวดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) แสดงให้เห็นว่ายาพอกสมุนไพรที่นำสมุนไพรที่มีในท้องถิ่นมาทำการวิเคราะห์หยา สรรพคุณของตัวยาคือมีรสร้อน และมีสรรพคุณในการคลายข้อร้อนมาตั้งเป็นยาตำรับโดยใช้พื้นฐานทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมีผลต่อการบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง และผู้ที่ได้รับการพอกยามีความพึงพอใจต่อการใช้จ่าย ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้จ่าย ร้อยละ 100 และมีอาการปวดลดลง ราคาถูกหาได้ง่ายในท้องถิ่น ไม่สิ้นเปลืองทรัพยากร และประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป/การนำไปใช้ประโยชน์

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการแพทย์แผนไทยที่มีอาการปวดเข่า ซึ่งยังมีผู้ป่วยในพื้นที่อีกจำนวนหลายคนที่มีปัญหาเรื่องอาการปวดเข่าจากข้อเข่าเสื่อม จึงควรมีแนวทางในการขยายเครือข่ายการพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วย และผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และนำสูตรยาพอกเข้าไปทำการทดลองและพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ให้สามารถใช้ได้สะดวก และการรักษาโรคให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานก่อนทำการศึกษาผู้ศึกษาวิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินการวิจัยโดยสามารถหยุด

การเข้าร่วมโครงการวิจัยและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการใช้บริการที่จะพึงได้รับต่อไป ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ศึกษาวิจัยจะให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเก็บเอกสารไว้คนละชุด

การอ้างอิง

รัตนา สีมม, คณิตนันท์ จับปริง, และเตือนใจ ชูพล. ประสิทธิผลยาพอกสมุนไพรรบรรเทาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชนบ้านควนเคี่ยม อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(3): 153-162.

Seepom R, Jubprang K, and Joopoon T. The effectiveness of herbal poultice for knee pain relief from osteoarthritis of the people Ban Khuan Khiam Yan Ta Khao District, Trang Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(3): 153-162.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. The burden of musculoskeletal conditions as the start millennium: report of a WHO scientific group. Accessed 9 Jan 2022 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42721/WHO_TRS_919.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [2] Haq SA and Davatchi F. Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. International J of Rheumatic Diseases. 2011; 14(2): 122-29.
- [3] ปิยมล มัทธูจิต, และอลิสสา นิตธิธรรม. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการการรักษา ณ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์. 2563; 20(1): 70-89.
- [4] จันทร์จิรา เกิดวัน, จิราภรณ์ บุญอินทร์, ชูติมา ธีระสมบัติ และวิไล คุปต์นิริติศัยกุล. การสำรวจความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด. 2559; 38(2): 59-70.
- [5] สมชาย อรรถศิลป์, และอุทิศ ตีสสมโชค. โรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ, เรือนแก้วการพิมพ์. 2541.
- [6] เจษฎา อุดมพิทยาสรรรพ์, วินัย สยอวรรณ, วรายุส คตวงศ์, ณัฐสุดา แก้ววิเศษ, และอิศรา ศิรมณิรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกเข่าด้วยตำรับยาพอกสูตรที่ 1 กับยาพอกสูตรที่ 2 ต่ออาการปวดเข่าและการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2562; 11(1): 64-72.
- [7] รพ.สต.บ้านควนเคี่ยม. รายงานข้อมูลทั่วไป. 2563.
- [8] รพ.สต.บ้านควนเคี่ยม. รายงานการใช้ยา. 2563.
- [9] ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. Modified WOMAC Scale for knee pain. สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2563 จาก <https://www.rehabmed.or.th/main/paperjournal/modified-womac-scale-for-knee-pain/>
- [10] ศิริพร แยมมุล, เจษฎา อุดมพิทยาสรรรพ์, และอิศรา ศิรมณิรัตน์. ประสิทธิผลของการพอกเข่า ด้วยตำรับสมุนไพรรบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2018; 1(1): 16-27.
- [11] ไช้หมัก นิลเพ็ชร, วีระชาติ อานาจรณพร, สโรชา พฤกษ์วัน, และพฤษศรี จุลจรรยา. ประสิทธิผลของสมุนไพรรพอกเข่าต่อระดับความปวดเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- บ้านฟ้าห่วน ตำบลไร่ชี อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2565 จาก http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/3p15.pdf
- [12] สุธินันท์ วิจิตร, ซากิมะห์ สะมาแล, ขวนชม ขุนเอียด, วิชชาดา สิมลา, ต้ม บุญรอด, และศิริรัตน์ ศรีรักษา. ประสิทธิภาพของยาพอกเข้าตำรับหลวงปู่ศุขวัดปากคลองมะขามเฒ่าต่อการบรรเทาอาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห้ง. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2565; 8(1): 47-62.
- [13] เมดไทย. ชิง. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก <https://medthai.com/%e0%b8%82%e0%b8%b4%e0%b8%87/>
- [14] ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. โพล,ซ่า. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก <https://apps.phar.ubu.ac.th>.
- [15] Disthai. กระทือ งานวิจัยและสรรพคุณ. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก <https://www.disthai.com>
- [16] ธนาดี ก่ออานันต์. การศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพจากต้นโทงเทง. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก <https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/290086>
- [17] Thai-herbs. ว่านตีนตะขาบ. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก <https://thai-herbs.thdata.co>
- [18] Disthai. พริกไทย ประโยชน์ดีๆ สรรพคุณเด่นๆ และข้อมูลงานวิจัย. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก <https://www.disthai.com/16488254/%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2>
- [19] ชนวรรณ โทวรรณ และบัณฑิตา สวัสดิ์. ผลของการใช้ใบชะพลูในอาหารปลาตุ๊กตากลผสม. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก <https://shorturl.asia/YXzD5>
- [20] Health2click. ประโยชน์การอาบน้ำอุ่นกับการแช่ดีเกลือ. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 จาก <https://www.health2click.com/2020>

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง
Empowerment the Performance of Registered Nurses at Palian Hospital,
Trang Province

มณฑา พุ่มเกลี้ยง^{1*}
Montha Pumklieng^{1*}

^{1*}โรงพยาบาลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง 92120

^{1*} Palian Hospital, Palian District, Trang Province. 92120

* Corresponding Author: มณฑา พุ่มเกลี้ยง E-mail: monthapumk@gmail.com

Received : 26 May 2023

Revised : 17 July 2023

Accepted : 1 August 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด รวมทั้งหมด 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ หัวย่อละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.53) โดยรายด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.50) และในรายด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถ ($\bar{X} = 3.42$, S.D. = 0.60) จากผลการวิจัยผู้บริหารจึงควรนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน มาใช้ในการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้สูงขึ้น จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจสามารถพัฒนาตนเอง และพัฒนางาน/องค์กร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The purpose of this research was to study the level of empowerment in the performance of registered nurses. The sample was 45 registered nurses working at Palian Hospital, Trang Province. The purposive selection was used according to the specified qualifications. A set of questionnaires consisted of general personal information and empowerment for working. The data was analyzed by frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. The study found that empowerment in practice of registered nurses in Palian Hospital, Trang Province as a whole was at a high level ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.53), with the aspect of obtaining news and information had the highest average score ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.50) and in the aspect that received the least average was skills and ability enhancement ($\bar{X} = 3.42$, S.D. = 0.60). From the research results, it should promote and support capacity building of registered nurses to increase through the empowerment process in practice. It will help professional nurses to develop quality of working and organization improvement.

Keywords: Empowerment, Performance, Registered nurses

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมการเมือง และสภาพแวดล้อมอื่นๆ รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร และ ค่านิยม วัฒนธรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีผลให้เกิดการแข่งขันของโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน และการพัฒนาในรูปของคุณภาพ การให้การรักษายาบาลและการให้บริการ ซึ่งพยาบาลเป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาล และเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดโดยมีจำนวนถึงร้อยละ 90 พยาบาลวิชาชีพมีการทำงานเป็นทีม ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ [1] ที่สำคัญประชาชนมีความต้องการและความคาดหวังต่อการบริการพยาบาล ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ต้องการพยาบาลผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถ ตลอดจนสามารถให้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการรักษายาบาลได้อย่างถูกต้อง และต้องการเห็นพยาบาลที่มีบุคลิกภาพดี มีอำนาจที่จะตัดสินใจ ในการทำงานได้ด้วยตนเอง สามารถพัฒนา และปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งภาพลักษณ์ของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการจะเห็นในปัจจุบันนั้นเป็นภาพลักษณ์ที่พยาบาลจะต้อง พัฒนาดตนเองอย่างมาก โดยเฉพาะความรู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคง มีสิทธิ มีอำนาจในการจัดการกับงานตนเองได้ และรู้ว่าตนเองรู้อะไรมากน้อยเพียงใด จึงจะสามารถทำงานได้อย่างมืออาชีพจริงๆ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีผลต่อสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจ และสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานให้สามารถมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง เป็นการให้คุณค่าแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติสามารถบริหารจัดการงานของตนเองได้อย่างอิสระ พัฒนาดตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นการช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้เติบโตในวิถีชีวิตการทำงาน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งคานเตอร์ [2] กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานนั้นจะสะท้อนให้เห็นจากพลังอำนาจแบบเป็นทางการ (Formal power) คือ ลักษณะงานที่มีอิสระ ในการตัดสินใจ มีการยอมรับได้ และมีความสอดคล้องกัน และพลังอำนาจอย่างไม่เป็นทางการ (Informal power) คือ การมีสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา และผู้ที่อยู่ในสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่จะมีอิทธิพลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการเข้าถึงโครงสร้างงานที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Job related empowerment structures) ที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานในด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถในงาน ซึ่งจะมีผล ต่อคุณภาพการดูแลอย่างมาก [3]

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นการพัฒนาให้พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติ วิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ให้ความสำคัญบุคลากรสาธารณสุข เป็นอันดับแรก เนื่องจากบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน และได้กำหนดยุทธศาสตร์ บุคลากรเป็นเลิศ (People excellence strategy) เป็น 1 ในยุทธศาสตร์หลักของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพเพื่อนำไปสู่เป้าหมายความสำเร็จด้านสุขภาพ [4] สอดคล้องกับการศึกษา [5] พบว่า การที่ผู้บริหารสนับสนุนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ปฏิบัติอย่างเต็มที่ จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความรู้ความสามารถที่มีอยู่สามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่ มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่าที่จะส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแล

โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรังเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีจำนวนเตียงที่ให้การรักษาคือ 30 เตียง โรงพยาบาลจะมุ่งเน้นในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ อาทิเช่น การรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation หรือ HA) 5ส. ฯลฯ ทำให้บุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุด จึงต้องมีความรอบรู้ ต้องมีความรู้ ความชำนาญในหลายๆ ด้าน ทั้งในด้านการบริหาร วิชาการ ปฏิบัติการ และการใช้เทคโนโลยี จึงจำเป็นต้องมีการ เรียนรู้หรือมีการแสวงหาความรู้ที่แปลกใหม่และสร้างสรรค์เพื่อความเป็นเลิศในด้านคุณภาพการพยาบาล

ของโรงพยาบาล อีกทั้งมีความกดดันจากความคาดหวังของสังคม และผู้ใช้บริการมีการร้องเรียนในเรื่องการให้บริการ ก่อให้เกิดภาวะเครียด เหนื่อยล้า ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ความพึงพอใจในงานลดลง นำไปสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติงานที่ลดลง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารทางการแพทย์จะต้องมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจในงานที่รับผิดชอบ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มส่งผลให้สามารถผลิตผลงานที่มีคุณภาพ นำมาซึ่งความสำเร็จขององค์กรต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง เพื่อประเมินระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง ผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มงานการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งกลุ่มการพยาบาลและผู้บริหาร เพื่อใช้ในการบริหารกลยุทธ์การจัดการทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรพยาบาล ให้เกิดความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร และลดอัตราการลาออกของพยาบาลต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานที่ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง ที่สังกัดกลุ่มการพยาบาล และกลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย ไม่นับรวมผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งสิ้น จำนวน 45 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) ต้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปะเหลียน และมีอายุงานที่อยู่ในตำแหน่งตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- 2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สังกัดหน่วยงานโรงพยาบาลปะเหลียน ได้แก่ พยาบาลที่วิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานห้องผ่าตัด และพยาบาลที่สังกัดกลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน
- 3) ยินยอมตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ไม่สบายใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) มีการลาออกหรือย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งแผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาล

2) แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างอำนาจของคานเตอร์ และได้ทำการปรับจากแบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของพยาบาลวิชาชีพ [6] รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับทรัพยากร การได้รับความก้าวหน้าในงาน การได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ การได้ทำงานที่เหมาะสม และทำทนายความสำเร็จ

โดยมีการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยใช้หลักเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยของระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการเสริมพลังอำนาจในงาน
1.00 – 1.80	ต่ำมาก
1.81 – 2.60	ต่ำ
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	สูง
4.21 – 5.00	สูงมาก

3) ปัญหา แนวทางแก้ไข และข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง และเนื้อหา (Content and structure validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิรวม 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการบริหารมากกว่า 5 ปี 1 ท่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรง ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ รวมทั้งความครอบคลุมของข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแล้วผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2) การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลย่านตาขาวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างสังกัดฝ่ายการพยาบาลจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีรอนบาค (Alpha coefficient of Cronbach's method) เท่ากับ 0.954

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

3) ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าแผนกในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

4) ผู้วิจัยทำการชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วสามารถจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือก่อให้เกิดผลเสียใดๆ ตามมา โดยให้เวลาผู้เข้าร่วมโครงการตัดสินใจไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนลงนามในเอกสารยินยอมตนให้ทำการวิจัยด้วยความยินดีและสมัครใจ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบเอง โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บข้อมูล และรับกลับข้อมูลเอกสารด้วยตนเองได้รับเอกสารคืนครบทั้ง 45 ชุด

5) นำแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับจำนวน 45 ชุด (ร้อยละ 100) มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จากนั้นผู้วิจัยจึงนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลแล้วนำมา และประมวลผลด้วยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลในโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง รายชื่อ และรายด้าน โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุของพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษามีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.8 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 11 - 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.2 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด ร้อยละ 28.8 ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาล ร้อยละ 60 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง (n = 45)

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
20 - 29 ปี	8	17.7
30 - 39 ปี	10	22.3
40 - 49 ปี	18	40.0
50 - 59 ปี	9	20.0
เพศ		
ชาย	5	11.2
หญิง	40	88.8
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	45	100
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1 - 10 ปี	16	35.5
11 - 20 ปี	19	42.2
21 - 30 ปี	10	22.3
กลุ่มงานที่ปฏิบัติ		
ตึกผู้ป่วยนอก	9	20.0
ตึกผู้ป่วยใน	13	28.8
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	6	13.4
ห้องคลอด	7	15.6
ห้องผ่าตัด	2	4.5
เวชปฏิบัติ	8	17.7
การฝึกอบรม		
ไม่เคย	18	40.0
เคย	27	60.0

2) ระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง จำแนกตามรายชื่อ พบว่า ระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกด้านอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณา รายชื่อพบว่า ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ข้อที่ 7 ท่านได้รับการชี้แจงนโยบายการบริหาร การดำเนินงาน เป้าหมายและระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ของโรงพยาบาลจากหัวหน้าหน่วยงานด้านการพยาบาลอย่างชัดเจนมี คะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.83 รองลงมา ด้านการรับรองความสามารถในการปฏิบัติงาน ข้อที่ 26 ท่านได้รับ มอบหมายให้ทำงานที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของท่าน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 และด้าน การเพิ่มพูนทักษะ และความสามารถ ข้อที่ 22 ท่านได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุมวิชาการ/ สัมมนา/ศึกษาดูงาน ด้านบริหารงานทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.37 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง จำแนกตามรายชื่อ (n = 45)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน			
1. ท่านได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน ในการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน	3.58	0.74	สูง
2. ท่านได้รับการยอมรับเมื่อเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการประชุมระดับบริหารของหน่วยงาน	3.47	0.82	สูง
3. หัวหน้าหน่วยงานของท่านช่วยแก้ปัญหาในการทำงาน ให้ท่านได้ทันเวลา	3.68	0.70	สูง
4. หัวหน้าหน่วยงานของท่านให้ความยืดหยุ่นในการทำงาน แก่ท่าน	3.69	0.72	สูง
5. ท่านได้รับการสนับสนุนในการนำเทคโนโลยี และเทคนิค การปฏิบัติงานใหม่ๆ มาใช้ในงานบริการพยาบาล	3.70	0.83	สูง
6. ท่านได้รับการเอาใจใส่ ห่วงใยจากหัวหน้าหน่วยงาน ด้านการพยาบาล	3.73	0.86	สูง
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร			
7. ท่านได้รับการชี้แจงนโยบายการบริหาร การดำเนินงาน เป้าหมาย และระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ของโรงพยาบาล จากหัวหน้าหน่วยงานด้านการพยาบาลอย่างชัดเจน	3.83	3.94	สูง
8. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการประชุมวิชาการ การอบรมหลักสูตรการศึกษาจากสถาบันต่างๆ ครบถ้วน ทันเหตุการณ์	3.78	0.91	สูง
9. ท่านได้รับทราบผลการดำเนินงานของกลุ่มการพยาบาล ตามแผนงานทั้งระยะสั้นและระยะยาว	3.70	0.89	สูง
10. ท่านได้รับข้อมูลย้อนกลับ เช่น ภาพพจน์ที่ผู้รับบริการมอง คุณภาพการบริการ เพื่อนำมาพัฒนาตนเองและปรับปรุง การทำงานในหน่วยงาน	3.69	0.82	สูง
11. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ จากระบบการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มการพยาบาล	3.61	0.80	สูง

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการได้รับทรัพยากร			
12. หน่วยงานของท่านได้รับการจัดสรรงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินงาน	3.59	0.85	สูง
13. ท่านสามารถเบิกวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นมาใช้ในหน่วยงานอย่างเพียงพอ และพร้อมใช้งาน	3.60	0.86	สูง
14. หน่วยงานของท่านได้รับการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรเหมาะสมเพียงพอกับปริมาณงาน	3.39	0.96	ปานกลาง
15. ท่านมีเวลาในการปฏิบัติงานที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างเต็มที่	3.62	0.78	สูง
16. ท่านได้รับเงินค่าตอบแทนในการทำงานที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน	3.48	0.82	สูง
17. ท่านได้รับการยกย่อง/ชมเชย/รางวัลในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม	3.51	0.78	สูง
18. ท่านได้รับสวัสดิการต่างๆ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดสรรที่พักอย่างเพียงพอและเหมาะสม	3.71	0.68	สูง
ด้านการได้รับความก้าวหน้าในการทำงาน			
19. ท่านได้รับการพิจารณาความดีความชอบ และเลื่อนขั้นเงินเดือนตามผลการปฏิบัติงาน	3.50	0.89	สูง
20. ท่านได้รับโอกาสเลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงานให้สูงขึ้น	3.62	0.64	สูง
21. ท่านได้รับเลือกให้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ ของโรงพยาบาล	3.44	0.94	สูง
ด้านการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถ			
22. ท่านได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุมวิชาการ/สัมมนา/ศึกษาดูงานด้านบริหารงานทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	3.37	0.96	ปานกลาง
23. ท่านได้รับโอกาสในการศึกษาต่อในระดับสูง ระยะสั้น/ระยะยาวตามความเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน	3.50	0.78	สูง
24. ท่านได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะใหม่ๆ และการใช้เทคโนโลยีทันสมัยเพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	3.62	0.86	สูง
ด้านการรับรองความสามารถในการปฏิบัติงาน			
25. ท่านมีโอกาสได้ทำงานตามลักษณะงานที่กำหนดอย่างชัดเจนตรงตามตำแหน่งหน้าที่	3.78	0.66	สูง
26. ท่านได้รับมอบหมายให้ทำงานที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของท่าน	3.81	0.68	สูง
27. ท่านได้รับโอกาสรับผิดชอบงานที่สำคัญ และท้าทายความสามารถจากผู้บริหาร	3.41	0.68	สูง
รวม	3.58	0.53	สูง

3) ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลในโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง ผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพแห่งนี้เป็นโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.73 รองลงมาคือ ด้านการการรับรองความสามารถในการปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.66 และด้านการเพิ่มพูนทักษะ และความสามารถมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.42 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง จำแนกตามรายด้าน (n = 45)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การได้รับอำนาจ	3.64	0.51	สูง
ด้านการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน	3.64	0.52	สูง
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร	3.72	0.50	สูง
ด้านการได้รับทรัพยากร	3.57	0.53	สูง
การได้รับโอกาส	3.53	0.55	สูง
ด้านการได้รับความก้าวหน้าในการทำงาน	3.52	0.54	สูง
ด้านการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถ	3.49	0.60	สูง
ด้านการรับรองความสามารถในการปฏิบัติงาน	3.66	0.51	สูง
รวม	3.58	0.53	สูง

อภิปราย

จากผลการศึกษาที่ได้ทำให้สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรังโดยรวม อยู่ในระดับสูง และรายด้านทั้ง 2 ด้าน คือ การได้รับอำนาจและการได้รับโอกาส อยู่ในระดับสูง ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร พรหมสะอาด, อุดมลีลาทวิวุฒิ, สมชาติ โตรักษา, และสุคนธา คงศีล [5] ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าหากองค์กรได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานแก่บุคลากรพยาบาล เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานเริ่มมีบทบาทในการบริหารการพยาบาลเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาองค์กรทั้งทางด้านคุณภาพงานและคุณภาพบุคลากรมีการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการได้รับอำนาจและโอกาส ซึ่ง Laschinger HK, and Shamain J กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานให้แก่บุคลากรพยาบาล เป็นการทำให้พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติวิชาชีพท่ามกลางสิ่งแวดล้อมในการทำงาน [6] และในปัจจุบันโรงพยาบาลปะเหลียนที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารภายใน รวมทั้งมีการปรับปรุงทางสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้สวยงาม มีสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งทางด้านเทคโนโลยี และอุปกรณ์ภายในโรงพยาบาลให้ทันสมัยมากขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ถึงการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานได้ในระดับหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคานเตอร์ [2] ที่ว่าทรัพยากรถือเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ ซึ่งผู้บริหารควรตระหนักถึงและให้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกมั่นใจ มีความพึงพอใจในงาน พร้อมทั้งจะทุ่มเทให้กับงานและถ้าทรัพยากรที่มีอยู่นั้นเพียงพอกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานจะเป็นการสร้างความสามารถได้อย่างเต็มที่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นบุคลากรที่จะใช้กลยุทธ์ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นกับพยาบาลวิชาชีพ โดยต้องเข้าใจว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการนิเทศการปฏิบัติงานในทีมการพยาบาล และเสนอแนะแนวทางปรับปรุงแก้ไข เป็นที่ปรึกษา

สอน และแนะนำในเรื่องต่างๆ การให้ข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว และทันสมัย การให้ความช่วยเหลือ และการให้รางวัลต่างๆ จะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูงสุด เนื่องจากความทันสมัยของเทคโนโลยีจึงทำให้การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ สะดวก รวดเร็ว ส่งผลให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น [7] และยังสอดคล้องกับแนวคิดของคานเตอร์ที่พบว่า ข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญต่อมนุษย์ เพราะข้อมูลข่าวสารคือพลัง จะเป็นแหล่งความรู้ที่ช่วยในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ [2] การศึกษาของทองทรัพย์ ดวงภมร ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนจากผู้บริหารหรือองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ จากการศึกษาที่ผู้บริหารสนับสนุนการทำงานเปิดโอกาส จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้ดียิ่งขึ้น [8] และยังมีการศึกษาที่พบว่า หากพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในปัจจุบันด้านลักษณะองค์การเกี่ยวกับการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ พยาบาลวิชาชีพทุกคนเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ และมีส่วนร่วมในองค์การมากขึ้น จะทำให้ความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น และการคงอยู่ของพยาบาลดีขึ้น [9] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจการทำงานเป็นทีมกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ [8] และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพากร กระแสร์, และพูลสุข หิงคานนท์ [10] ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานประสิทธิภาพของงาน ซึ่งหากพยาบาลวิชาชีพมีโอกาสได้รับการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถใหม่ๆ จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพนั้นสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ และประสบการณ์กับความรู้ทางทฤษฎีมาช่วยในการตัดสินใจทางการพยาบาลได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษา [11] พบว่าการที่ผู้บริหารได้ให้การสนับสนุนแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาในการพัฒนาเพิ่มพูนทักษะก็จะทำให้สามารถปฏิบัติงานมีสมรรถนะได้อย่างเต็มความสามารถ และมีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผลต่อองค์กรยิ่งขึ้น ซึ่ง Christensen PJ, and Kenny JW กล่าวว่า นอกจากการที่พยาบาลวิชาชีพจะช่วยให้ผู้ที่จบการศึกษาใหม่สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญแล้วจะสามารถใช้ประสบการณ์กับความรู้ทางทฤษฎีในการตัดสินใจทางการพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น [12]

สรุป

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียนทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร และด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด คือด้านการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถ ซึ่งมีผลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อช่วยในการพัฒนาศักยภาพของแต่ละบุคคลให้มีความมั่นใจ รวมไปถึงการส่งเสริมให้มีความรู้ มีการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นจะต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงานในทุกๆ ด้านเพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และคุณภาพการดูแลอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านการได้รับการเพิ่มพูนทักษะ และความสามารถ ผู้บริหารควรจะมีนโยบายส่งเสริมให้พยาบาลได้มีโอกาสศึกษาต่อทั้งในระดับที่สูงขึ้นหรือการศึกษาระดับเฉพาะทางให้มากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการหมุนเวียนกันเข้าประชุมวิชาการ และการอบรมเพื่อนำความรู้ และเทคโนโลยีในวิทยาการใหม่ๆ มาปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ควรศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มอื่นๆ ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเปรียบเทียบ และมองให้เห็นภาพรวมขององค์การ

3) ควรมีการศึกษาในตัวแปรด้านอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การความพึงพอใจในงาน เป็นต้น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดตรัง เลขที่ 21/2566

การอ้างอิง

มณฑา พุ่มเกลี้ยง. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(3): 163-173.

Pumklieng M. Empowerment the Performance of Registered Nurses at Palian Hospital, Trang Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(3): 163-173.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กนกพร นทีธสมบัติ. คุณภาพการพยาบาลและการจัดการศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2555; 11(21): 34-52.
- [2] Kanter RM. Frontiers of management. United States of American : A Harvard Business Review Book. 1997.
- [3] Jeffery AK. Staff Empowerment Is Key to Quality. Care.Caring for The Ages. 2007.
- [4] โสภณ เมฆชน. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence). สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2559 จาก http://person.ddc.moph.go.th/person1/images/People_Excellence_Strategy_v.4.pdf. 2560
- [5] อุมาพร พรหมสะอาด, อุดม ลีลาทวิวุฒติ, สมชาติ ไตรรักษา, และสุคนธา คงศีล. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2555; 42(2): 92-102.
- [6] Laschinger HK, and Shamain J. Staff nurses' and nurse managers' perception of job-related empowerment and managerial self-efficacy. Journal of Nursing Administration. 1994; 24(10): 38-47.
- [7] เบญจมาพร บัวหลวง, และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. อิทธิพลของการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับพยาบาลต่อคุณภาพการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 2563; 12(2): 127-139.
- [8] ทองทรัพย์ ดวงภมร. ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจการทำงานเป็นทีมกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์เขต 14 กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2552.
- [9] เนตรนภา สาสังข์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และอารยา ประเสริฐชัย. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2559; 17(1): 79-87.
- [10] ทิพากร กระเสาร์, และพูลสุข หิงคานนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2561; 12(2): 79-92.

- [11] วิลาสินี ชวลิตดำรง. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
- [12] Christensen PJ, and Kenny JW. Nursing process: Application of conceptual models. 4th Edition. Mosby. 1995.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาในโรงพยาบาลโคกโพธิ์

Incidence and Factors Associated with Long Covid in Patients Infected with Covid-19 Treated at Khok Pho Hospital

แหวฮาสิเมาะะ หะยีเจ๊ะเต๊ะ^{1*}

Weahalimah Hajicheteh^{1*}

^{1*}โรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 94120

^{1*} Khokpho Hospital, Khokpho District, Pattani Province. 94120

* Corresponding Author: แหวฮาสิเมาะะ หะยีเจ๊ะเต๊ะ E-mail: weahalimah@gmail.com

Received : 27 May 2023

Revised : 17 July 2023

Accepted : 7 August 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการใช้ข้อมูลในอดีต (Retrospective cohort study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดในผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจากสัปดาห์ที่ 4 - 12 ที่รักษาในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 13 มิถุนายน 2565 จำนวน 334 คน (จากประชากรผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 1,171 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และค่าร้อยละ และสถิติ Binary logistic regression ทดสอบคุณภาพของโมเดลจาก ROC curve ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีภาวะลองโควิด โดยมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ร้อยละ 55.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดคือ อายุ เพศ และโรคประจำตัว โดยกลุ่มที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป และอายุ 19 - 60 ปี มีโอกาสมีภาวะลองโควิดมากกว่ากลุ่มอายุ 0 - 18 ปี 2.68 เท่า และ 2.17 เท่า ตามลำดับ ทั้งนี้ เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะลองโควิดมากกว่าเพศชาย 1.59 เท่า และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะลองโควิดมากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว 1.8 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ค่า ROC curve เท่ากับ 0.64 โดยสรุป ผลจากการศึกษานี้สามารถนำมาเฝ้าระวังคัดกรองและวางแผนการรักษากลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดเพื่อลดอาการแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 ภาวะลองโควิด อุบัติการณ์

Abstract

This study was retrospective Cohort Study. The goal was to research the prevalence and contributing aspects of the prevalence of COVID-19 among COVID-19-infected patients following the fourth through twelfth week of therapy at Khok Pho Hospital. The sample was from patients with COVID-19 infection. There were 334 COVID-19 infections from January 1 to June 13, 2022, out of 1,171 infected patients. Questionnaires were the primary tools for data collection. Descriptive statistics, such as frequency and percentage values, and binary logistic regression, which assesses the model's suitability based on the ROC Curve, were used to examine the data. The participants had long-standing COVID conditions with at least one symptom (55.4%). Long COVID was found in the age group of 61 years and older and in the age group of 19 to 60 years 2.68 and 2.17 times, respectively. Long COVID was found to be

1.59 times more common in females than in males. At a statistical significance (p -value < 0.05), those who had underlying disorders were 1.8 times more likely to have long COVID than those who did not, and the ROC Curve was 0.64. In conclusion, the findings from this study can be applied to surveillance. Screening and treatment planning for populations at risk for long-term COVID to lessen problems and negative effects.

Keywords: Patients with COVID-19, Long COVID condition, Incidence

บทนำ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ผ่านมาส่งผลให้ผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 หลังจากรักษาหายแล้วมักมีอาการต่างๆ ซึ่งมีความหลากหลายและแตกต่างกัน อาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหายตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 – 12 ซึ่งเรียกว่า Post COVID Syndrome หรือ ลอนโควิด (Long COVID) [1] ซึ่งพบมากในผู้ที่มีภาวะอ้วน ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำและผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะลอนโควิดมักมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 อาการและมากถึง 200 อาการ [2] ผลกระทบของผู้ที่มีภาวะลอนโควิดสามารถเกิดขึ้นได้ทั่วร่างกาย [3] ส่งผลให้บางรายยังไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติเช่นเดิม โดยมีโอกาสเกิดขึ้นร้อยละ 30 - 50 ผู้ที่มีอาการขั้นรุนแรงมักต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit; ICU) เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วจะเกิดภาวะหลัง ICU หรือที่เรียกว่า Post-intensive Care Syndrome (PICS) เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสุขภาพ [4]

ความชุกของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะลอนโควิดโดย Meta-analysis ของสถาบันในต่างประเทศ พบความหลากหลายตั้งแต่ร้อยละ 14 ถึงร้อยละ 64 ได้แก่ อ่อนเพลีย (ร้อยละ 47) หอบเหนื่อย (ร้อยละ 22) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 36) วิตกกังวล (ร้อยละ 23) ผม่วง (ร้อยละ 22) และหลงลืม (ร้อยละ 24) [5] สอดคล้องกับผลสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 ของกรมการแพทย์ในประเทศไทย ดังนี้ ระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 44.38) หอบเหนื่อย ไอเรื้อรัง ระบบทางจิตใจ (ร้อยละ 32.1) นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า ระบบประสาท (ร้อยละ 27.33) อ่อนแรงเฉพาะที่เฉียบพลัน ปวดศีรษะ มึนศีรษะ หลงลืม กล้ามเนื้อลีบ ระบบทั่วไป (ร้อยละ 23.41) อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 22.86) เจ็บหน้าอก ใจสั่น และระบบผิวหนัง (ร้อยละ 22.8) ผม่วง ผื่นแพ้ [6] นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาภาวะลอนโควิดในประเทศ Sweden, U.K, และ U.S จำนวน 4,182 คน พบว่าร้อยละ 13 มีอาการเหลืออยู่นานมากกว่า 28 วัน ร้อยละ 4.5 มีอาการเหลืออยู่นานมากกว่า 8 สัปดาห์ และร้อยละ 2.3 มีอาการเหลืออยู่นานมากกว่า 12 สัปดาห์ [7] ส่วนงานวิจัยของ Groff และคณะพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ยังมีลักษณะความผิดปกติที่พบอย่างน้อย 1 ลักษณะ โดยมีความสัมพันธ์ (IOR) ร้อยละ 54.0 (ร้อยละ 45.0 - 69.0) ที่ 1 เดือน ร้อยละ 55.0 (ร้อยละ 34.8 - 65.5) ที่ 2 ถึง 5 เดือน และร้อยละ 54.0 - 67.0 ที่ 6 เดือน (ร้อยละ 31.0) โดยทำการศึกษาวิจัยแบบ Systematic review [8] โดยอาการ และอาการแสดงมีความหลากหลาย และเกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย อาการที่พบมากที่สุดหลังติดเชื้อ 3 เดือนคือ เหนื่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และวิตกกังวล ตามลำดับ [9]

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะลอนโควิดพบว่า เพศหญิงเกิดภาวะลอนโควิดมากกว่าเพศชาย ผู้ที่ประสบปัญหาาระบบทางเดินหายใจในช่วงแรกเริ่มของการติดเชื้อโควิด-19 จะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลอนโควิด และระยะเวลาที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลที่สั้นลง มีความสัมพันธ์อย่างผกผันกับการเกิดภาวะลอนโควิด โดยภาวะลอนโควิดที่พบมากที่สุด ได้แก่ อ่อนเพลีย อ่อนแรง ไม่สามารถออกกำลังกาย สมรรถนะการเดินลดลง ปวดกล้ามเนื้อ และหายใจได้สั้นลง ซึ่งมีจำนวนมากถึง 2,915 คน (ร้อยละ 62.3) [10] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ellen Thompson and et al ที่พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลอนโควิด ได้แก่ เพศหญิง

ผู้สูงอายุ โรคอ้วน โรคหอบหืด และผู้ที่มีโรคประจำตัวด้านสุขภาพจิตและการวิจัยของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่าภาวะลงโควิดสามารถพบได้ถึงร้อยละ 30 - 50 และมีมักพบกับผู้ป่วยที่เชื้อโควิด-19 ลงปอด และมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมด้วย รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ โดยภาวะลงโควิดมักเกิดหลังจากที่ได้รับเชื้อมานาน 4 - 12 สัปดาห์ขึ้นไป และส่งผลกระทบต่อเนื่องแม้ว่าจะรักษาเชื้อโควิด-19 หายแล้วก็ตาม [11]

ความรุนแรงของภาวะลงโควิดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม [12] คือ (1) กลุ่มที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหลังจากติดเชื้อโควิด-19 ไม่มาก เช่น ปวดศีรษะ มึนงง รู้สึกไม่สดชื่น ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ปวดข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ มีภาวะสมองล้า นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง วิดกกังวล ซึมเศร้า ความจำสั้น สมาธิสั้น แสบตา คันตา น้ำตาไหล คัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไปหรือพบอาการชาที่ลิ้น ในบางรายหรืออาจมีอาการเพิ่มขึ้นมาจากเดิม เช่น มีไข้ ท้องร่วง หอบเหนื่อย เหนื่อยล้า ปวดกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บหน้าอก และใจสั่น (2) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ มีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจ และหลอดเลือด ไตวาย เสียบบล้น ตับอักเสบเสียบบล้น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจเกิดได้ในระยะ 1 เดือนหรือมากกว่า 3 เดือน [13] (2.1) กลุ่มที่มีอาการต่อเนื่องจากติดเชื้อโควิด-19 เมื่อมาตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ เช่น หอบเหนื่อย เพลีย รู้สึกเหมือนร่างกายยังไม่ฟื้นคืน สภาพ การรักษา จะรักษาตามอาการ รอจนกว่าร่างกายปรับสภาพ และฟื้นตัวได้เอง (2.2) กลุ่มที่มีอาการต่อเนื่องมาจากติดเชื้อโควิด-19 เมื่อมาตรวจแล้วพบความผิดปกติ เช่น พังผืดที่ปอด ความผิดปกติที่ปอด ความผิดปกติของระบบเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือด ภาวะติดเชื้อ และการอักเสบภายในอวัยวะสำคัญ ซึ่งกลุ่มนี้พบได้น้อย แต่ทำให้เสียชีวิตได้ (2.3) กลุ่มที่ไม่มีอาการแต่ตรวจพบอาการผิดปกติที่ปอด ซึ่งแพทย์ต้องให้การรักษา เพื่อป้องกันความรุนแรง (3) กลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากการรักษา โควิด-19 เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง และภาวะเครียด หลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง เป็นต้น

สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ของอำเภอโคกโพธิ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2565 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1,171 คน เป็นเพศชาย 361 คน เพศหญิง 810 คน อัตราการติดเชื้อโควิด-19 ในเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 2.24 เมื่อแบ่งอายุผู้ป่วยเป็น 3 ช่วง พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี มีจำนวน 149 คน ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 19 ถึง 60 ปี มีจำนวน 849 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 173 คน โดยมีผู้เสียชีวิต 2 คน เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 0.17) มีอัตราการติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดปัตตานี [14, 15]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลงโควิดในผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจากสัปดาห์ที่ 4 - 12 ที่รักษาในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลงโควิด และวางแผนการฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีภาวะลงโควิด และประยุกต์ใช้ฐานข้อมูลในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์แผนไทยต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยแบบการใช้ข้อมูลในอดีต (Retrospective cohort study) โดยรวบรวมข้อมูลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาในเครือข่ายโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2565

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2565 จำนวน 1,171 คน โดยเป็นเพศชาย 361 คน และเพศหญิง 810 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2565

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย คำนวณโดยใช้สูตร Krejcie & Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มที่ยอมรับได้ไม่เกิน 5% จากจำนวนประชากร 1,171 คน ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 299 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 12 ของกลุ่มตัวอย่าง (35 คน) เป็น 334 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (Lost to follow up) รวบรวมข้อมูลโดยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่างพร้อมบันทึกเสียง ทั้ง 334 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างจากหน่วยย่อยของประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน แบบสุ่มเป็นช่วงๆ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลอายุเป็น 3 ช่วง ได้แก่ แรกเกิดถึง 18 ปี, $\geq 19 - 60$ ปี และ ≥ 61 ปี โดยดำเนินการ ดังนี้

1) กำหนดหมายเลขผู้ติดเชื้อโควิด-19 (Sampling frame) ตามทะเบียนรายชื่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวนทั้งสิ้น 1,171 คน เรียงลำดับตั้งแต่หมายเลข 1 - 1,171

2) คำนวณช่วงของการสุ่ม $(N/n) = 1,171/334 = 3.50$ ดังนั้น จะสุ่มทุกๆ 3 คน

3) ทำการสุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้น (Random star) โดยเริ่มต้นที่หมายเลข 1 และเว้นไป 3 คน จึงสุ่มคนต่อไป เช่น 1, 4, 7, จนถึงหมายเลข 1,171 กรณีพบกลุ่มตัวอย่างตามหมายเลขที่ถูกสุ่ม ไม่สะดวกไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยข้อมูลการติดต่อไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะนำกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปแทน จนครบตามจำนวนตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละจำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวนประชากร (คน)	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง (คน)	หมายเลข
แรกเกิดถึง 18 ปี	149	12.7	42	1 - 149
$\geq 19 - 60$ ปี	849	72.5	243	150 - 998
≥ 61 ปี	173	14.8	49	999 - 1,171
รวม	1,171	100	334	

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทุกกลุ่มวัย และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) มีเบอร์โทรศัพท์และสามารถติดต่อได้
- 3) สามารถพูดคุยรู้เรื่อง
- 4) กรณีเด็กที่ไม่สามารถพูดเองได้ ให้ผู้ปกครองพูดคุยแทนได้
- 5) มีข้อมูลในทะเบียนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ครบถ้วน ได้แก่ ชื่อสกุล โรคประจำตัว เบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้ ที่อยู่อาศัย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และการตั้งครรภ์

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ไม่เปิดเผยอาการตามแบบสอบถาม
- 2) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อฉวยโรคร่วมด้วย
- 3) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาแบบประคับประคอง

4) ผู้ป่วยเสียชีวิต

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามช่วงติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประวัติการติดสารเสพติดหรือการบำบัดรักษาสารเสพติด และการตั้งครรภ์ โดยเป็นคำถามแบบปลายปิด (Close-ended question) กำหนดคำถาม และมีตัวเลือกตั้งแต่ 2 ระดับขึ้นไป (มี, ไม่มี หรือ ใช่, ไม่ใช่) ให้ผู้ตอบได้เลือกคำตอบจากตัวเลือก ใช้รูปแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดแบบสัมภาษณ์โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นระหว่างสัปดาห์ที่ 4 - 12 หลังจากติดเชื้อโควิด-19 ผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ระหว่างเดือน สิงหาคม - ธันวาคม 2565

การตรวจสอบคุณภาพ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกอายุรกรรมทั่วไป 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 1 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence; IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.96 - 1.00

วิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือและการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร หนังสือ บทความ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) สร้างแบบสอบถามเพื่อการวิจัย และนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ
- 3) ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามหาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญ ประเมิน 3 ระดับ คือ 1 = สอดคล้อง 0 = ไม่แน่ใจ -1 = ไม่สอดคล้องโดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกันตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป มาใช้
- 4) นำแบบสอบถามที่แก้ไข/ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวน 30 ชุด
- 5) นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้แล้วมาคำนวณหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยวิธีหาค่า t-test ซึ่งข้อที่สามารถนำมาใช้เก็บข้อมูลได้จะต้องมีค่า ALPHA มากกว่า 0.7
- 6) นำแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)
- 7) นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 334 คน

4. การรวบรวมข้อมูล

1) ส่งโครงร่างงานวิจัยเพื่อขออนุมัติดำเนินงานวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

2) ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์รายชื่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ยืนยันผลการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR Test ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2565 โดยกลุ่มงานโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี และได้ส่งเรื่องดังกล่าวไปยังกลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ เพื่อพิจารณาพิมพ์ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลให้บริการผู้ป่วย HosXP ของหน่วยบริการ

3) ผู้วิจัยโทรศัพท์หากกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือน สิงหาคม - ธันวาคม 2565 ทำการแนะนำตนเอง และชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยพร้อมวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4) เมื่อได้อาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือ จากแบบสอบถามทั้ง 2 ตอน โดยตอนที่ 2 ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยเปิดด้วยคำถามว่า “หลังจากติดเชื้อ โควิด-19 แล้วในช่วงเวลา ระหว่างสัปดาห์ที่ 4 - 12 สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรบ้าง” หากอาสาสมัครตอบว่า ปกติดี สบายดี ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจึงบันทึกข้อมูลว่า ไม่เป็นลองโควิด แต่หากตอบว่า มีอาการไอ รู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า หอบ หายใจสั้น นอนไม่หลับ หลับยาก เป็นต้น ผู้วิจัยจึงบันทึกข้อมูลว่า อาสาสมัคร เป็นลองโควิด

5) ช่วงสุดท้ายของการสนทนากับอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้สอบถามข้อมูลต่างๆ ที่สงสัยหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม และทั้งท้ายผู้วิจัยจะให้เกร็ดคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตามสมควร เช่น แนะนำดื่มน้ำสมุนไพรเพื่อบำบัดอาการที่อาสาสมัครกำลังประสบปัญหา เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวล แนะนำน้ำสมุนไพรทำให้ชุ่มคอ รักษาอาการแสบคอ แนะนำอาหารสมุนไพรช่วยให้หลับง่าย ตลอดจน เรื่องการขอฉีดยาวัคซีน การขอใบรับรองแพทย์ที่อาสาสมัครสงสัย และต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เป็นต้น และกล่าวขอบคุณอาสาสมัครที่สละเวลาตอบคำถามการวิจัย

6) ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้ง 2 ตอน ก่อนลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์แบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

7) นำผลการวิเคราะห์มาสรุปและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษารุ่นนี้ มีดังนี้

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประวัติการติดสารเสพติดหรือการบำบัดรักษาสารเสพติด และการตั้งครรรภ์ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ

ตอนที่ 2 ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยได้สอบถามอาสาสมัครว่า “หลังจากติดเชื้อโควิด-19 แล้ว ช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ 4 - 12 สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรบ้าง” หากอาสาสมัครตอบว่า ปกติดี/สบายดี/ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง/เหมือนเดิม ผู้วิจัยจึงบันทึกข้อมูลว่า ไม่มีภาวะลองโควิด แต่หากอาสาสมัครตอบว่า มีอาการไอ รู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า หอบ หายใจสั้น นอนไม่หลับ หลับยาก ฯลฯ ซึ่งเป็นอาการที่ตรงกับอาการในวรรณกรรมที่ทบทวน ผู้วิจัยจึงบันทึกข้อมูลว่า อาสาสมัครมีภาวะลองโควิด ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ และร้อยละ

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะลองโควิดโดยใช้สถิติ Binary logistic regression เพื่อทำนายโอกาสที่จะเกิดภาวะลองโควิด ซึ่งอาศัยสมการโลจิสติกที่สร้างขึ้นจากชุดตัวแปรทำนายที่เป็นตัวแปรที่มีข้อมูลอยู่ในระดับช่วงเป็นอย่างน้อยและระหว่างตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันต่ำ ผู้วิจัยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหาค่าโดยกลุ่มที่มีภาวะลองโควิด มีค่าเป็น 1 กับกลุ่มที่ไม่ปรากฏเหตุการณ์ภาวะลองโควิดนั้นคือ ผู้ที่ตอบว่า ปกติดี/สบายดี/ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง มีค่าเป็น 0 ในการวิเคราะห์มีการปรับให้ความสัมพันธ์อยู่ในรูปเชิงเส้น ในรูปของ odds และเขียนโมเดลโลจิสติกในรูป log ของ odds และตรวจสอบการพยากรณ์ของตัวแปรให้ถูกต้องด้วยเส้นโค้ง ROC (Receiver Operating Characteristic) ซึ่งเป็นวิธีแสดงอำนาจการจำแนกที่สำคัญ ในการพยากรณ์ ณ จุดตัด (Cut point) ของตัวแปรตอบสนอง ถ้าเปลี่ยนจุดตัดมีผลให้ ค่า Sensitivity และ Specificity จะเปลี่ยนไปด้วย จุดตัดที่ดีที่สุดควรอยู่ที่จุดวกกลับของเส้นโค้ง ซึ่งยิ่งชั้นยิ่งดี เพราะจะทำให้พื้นที่ใต้เส้นโค้งด้านซ้ายของเส้นทแยงมุมหรือการพยากรณ์ถูกต้องเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การใช้ ROC curve ยังเป็น

วิธีการที่ดีในการวัดอำนาจการพยากรณ์ของตัวแบบ Multiple logistic regression ด้วย พื้นที่ภายใต้ ROC curve ยังใช้เป็นตัววัดความสอดคล้องระหว่างค่าสังเกตกับค่าความน่าจะเป็นของการพยากรณ์เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้อง (Concordant index) นั่นคือ จุดที่แสดงว่าตัวแบบเหมาะสม คือจุดภายในเส้น Curve A ที่อยู่ใกล้จุด Sensitivity เท่ากับ 100% มากที่สุด

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 64.1 อายุระหว่าง 19 - 60 ปีจำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 73.1 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 แพทย์รักษาตัวที่บ้านจำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 65.3 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 97.6 ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 89.8 ไม่เป็นผู้มีประวัติการติดสารเสพติดหรือการบำบัดรักษาสารเสพติดจำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 99.4 และไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 99.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความถี่ และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	120	35.9
หญิง	214	64.1
อายุ (ปี)		
0 - 18	42	12.6
19 - 60	244	73.0
61 ปีขึ้นไป	48	14.4
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	17	5.1
มะเร็ง	2	0.6
หลอดเลือดสมอง	2	0.6
ไตวายเรื้อรัง	4	1.2
หัวใจและหลอดเลือด	7	2.1
หอบหืดชนิดรุนแรง	2	0.6
โรคตับ	3	0.9
อื่นๆ	63	18.9
ไม่มีโรคประจำตัว	234	70.1
ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล		
3 วัน	3	0.9
5 วัน	23	6.9
7 วัน	12	3.6
9 วัน	4	1.2
10 วัน	68	20.4
มากกว่าหรือเท่ากับ 14วัน	6	1.8
พักรักษาตัวที่บ้าน (ไม่นอน รพ.)	218	65.3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช		
มี	8	2.4
ไม่มี	326	97.6
พฤติกรรมสูบบุหรี่		
สูบ	34	10.2
ไม่สูบ	300	89.8
ประวัติการติดสารเสพติดหรือ บำบัดรักษา		
มี	2	0.6
ไม่มี	332	99.4
อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์		
ใช่	2	0.9
ไม่ใช่	332	99.4

ตอนที่ 2 ภาวะลงโควิด อาสาสมัครส่วนใหญ่มีภาวะลงโควิด จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความถี่ และร้อยละของอาสาสมัครที่มีภาวะลงโควิด

ภาวะลงโควิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มี	149	44.6
มีภาวะลงโควิด	185	55.4
รวม	334	100

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะลงโควิด พบว่า อายุ เพศ และโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะลงโควิดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะลงโควิด

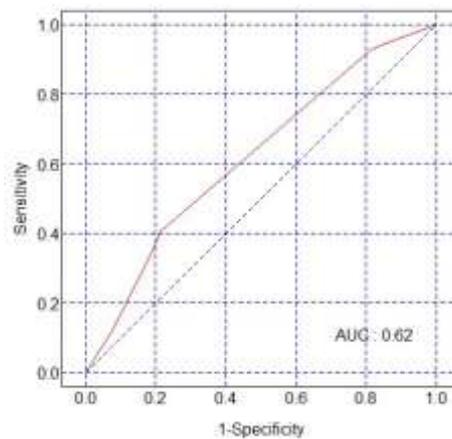
ตัวแปร	มีภาวะลงโควิด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นลงโควิด จำนวน (ร้อยละ)	p -value
รวม	185 (100)	149 (100)	< 0.001
อายุ (ปี)			0.003
0 - 18	14 (7.6)	28 (18.8)	
19 - 60	138 (74.6)	106 (71.1)	
≥ 61	33 (17.8)	15 (10.1)	
เพศ			0.009
ชาย	55 (29.7)	65 (43.6)	
หญิง	130 (70.3)	84 (56.4)	

ตัวแปร	มีภาวะลองโควิด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นลองโควิด จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัว			0.002
มี	68 (36.8)	32 (21.5)	
ไม่มี	117 (63.2)	117 (78.5)	
ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล			0.785
≤ 1 สัปดาห์	19 (10.3)	19 (12.8)	
ระหว่าง 1 - 2 สัปดาห์	43 (23.2)	29 (19.5)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์	3 (1.6)	3 (2.0)	
พักรักษาตัวที่บ้าน (ไม่นอน รพ.)	120 (64.9)	98 (65.8)	
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช			0.474
มี	3 (1.6)	5 (3.4)	
ไม่มี	182 (98.4)	144 (96.6)	
พฤติกรรมสูบบุหรี่			0.671
สูบ	20 (10.8)	14 (9.4)	
ไม่สูบ	165 (89.2)	135 (90.6)	
ประวัติการติดสารเสพติดหรือบำบัดรักษา			0.504
มี	2 (1.1)	0 (0)	
ไม่มี	183 (98.9)	149 (100)	
อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์			1
ใช่	1 (0.5)	1 (0.7)	
ไม่ใช่	184 (99.5)	148 (99.3)	

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดด้วยพหุคูณถอย

ตัวแปร	มีภาวะลองโควิด	ไม่เป็น ลองโควิด	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	ค่าสถิติ Wald
ช่วงอายุ					
0 - 18	14 (7.6)	28 (18.8)	1	1	
≥ 61	33 (17.8)	15 (10.1)	4.4 (1.82, 10.67)	2.68 (1.03, 6.99)	0.043
19 - 60	138 (74.6)	106 (71.1)	2.6 (1.31, 5.19)	2.17 (1.07, 4.4)	0.032
โรคประจำตัว					
ไม่มี	117 (63.2)	117 (78.5)	1	1	
มี	68 (36.8)	32 (21.5)	2.12 (1.3, 3.48)	1.8 (1.05, 3.08)	0.033

เมื่อทำการตรวจสอบการพยากรณ์ของตัวแบบให้ถูกต้องด้วยเส้นโค้ง ROC (Receiver Operating Characteristic) พบว่า ROC เท่ากับ 0.62 (p -value < 0.01) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงพื้นที่ภายใต้ ROC curve

อภิปราย

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะลองโควิด ได้แก่ อายุและโรคประจำตัว มีความสอดคล้องกับผลงาน [11, 16] และนอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของธีรพงศ์ ตัญเจริญสุขจิต [17] โดยศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Post-acute COVID Syndrome (long COVID) ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลลานกระบือ สำหรับภาวะลองโควิดหลังจากติดเชื้อโควิดในสัปดาห์ที่ 4 ถึง 12 ของอาสาสมัครที่พบได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไอ เวียนศีรษะ วิดกกังวล นอนไม่หลับ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และผื่นที่ผิวหนัง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Sapkota HR, and Nune A [9] โดยพบค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.62 ซึ่งแสดงการสนับสนุนความเหมาะสมของตัวแบบว่าการวิเคราะห์และการพยากรณ์ด้วยตัวแบบนี้มีความถูกต้อง ในภาพรวมค่อนข้างต่ำ การศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยบางอย่างที่ไม่ได้เก็บข้อมูลให้ครอบคลุมรอบด้าน ได้แก่ ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวนครั้งที่ติดเชื้อโควิด-19 ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อ อีกทั้ง ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมภาวะลองโควิดในสัปดาห์ที่ 4 -12 อาจยังไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะลองโควิดมีแนวโน้มที่ยาวนานกว่า 1 ปี ดังนั้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดในระยะเวลายาวนานกว่า 12 สัปดาห์ จึงมีความสำคัญกับการศึกษามิติอื่นๆ ต่อไป

สรุป

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะลองโควิด ร้อยละ 55.4 โดยมีอาการอย่างน้อย 1 อาการในระหว่างสัปดาห์ที่ 4 - 12 หลังจากติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ไอ เหนื่อย อ่อนเพลีย หอบ หายใจสั้น นอนไม่หลับ หลับยาก ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ คัดจมูก เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีอาสาสมัครอีกร้อยละ 44.6 ที่ไม่มีภาวะลองโควิด สุขภาพร่างกายเป็นปกติ

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดคือ อายุ และโรคประจำตัว โดยกลุ่มที่มีอายุ ≥ 61 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะลองโควิดมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 19-60 ปี 2.68 เท่า และ 2.17 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับอายุแรกเกิดถึง 18 ปี โดยผู้ที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะลองโควิดมากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว 1.8 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นฐานข้อมูล จัดให้มีการเฝ้าระวัง คัดกรอง วางแผนการรักษา ให้คำแนะนำ การดูแลฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิด และควรติดตามผู้มีภาวะลองโควิด ในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้แก่ โรคกล้ามเนื้อตึงตัวในปอด และปอดเป็นพังผืด และลดผลกระทบ ในมิติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม ควรเตรียมพร้อมการจัดการดูแลผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ได้แก่ การให้ความรู้สุขภาพเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่งเสริม การเดินเพื่อสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการใช้น้ำมันหอมระเหยจากสมุนไพรในครัวเรือนสุ่มยาฟื้นฟู ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น ตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุขควรเป็นแบบอย่างในการฟื้นฟู ส่งเสริมระบบ ภูมิคุ้มกัน และเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง สหสาขาวิชาชีพมีทักษะการคิดเชิงบวกเป็นศูนย์กลางในการประสาน การช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ป่วย และครอบครัวให้ดูแลแบบองค์รวมเพื่อลดภาวะร่างกาย จิตใจ สังคม และความเจ็บป่วยทางปัญญา

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอกอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี รหัสโครงการ RECPTN NO. 015/65

การอ้างอิง

เวฮาฮีเม๊ะ หะยีเจ๊ะเต๊ะ. อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาในโรงพยาบาลโคกโพธิ์. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(3): 174-185.

Weahalimah Hajicheteh. Incidence and Factors Associated with Long Covid in Patients Infected with Covid-19 Treated at Khok Pho Hospital. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(3): 174-185.

เอกสารอ้างอิง

- [1] Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Scientific reports. 2021; 11.
- [2] Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, Rivera SC, McMullan C, Chandan JS, and et al. Symptoms, complications and management of long COVID: a review. Journal of the Royal Society of Medicine. 2021; 428-42.
- [3] Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, and Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. BMJ. 2021; 374.
- [4] Jaffri A, and Jaffri UA. Post-Intensive care syndrome and COVID-19: crisis after a crisis?. Heart & Lung. 2020; 49(6): 883-84. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2020.06.006.

- [5] COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2020 Dec 18. PMID: 33555768. Accessed 4 Aug 2023 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33555768/>.
- [6] สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. ผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 และแนวทางการจัดบริการสุขภาพ. วารสารกรมการแพทย์. 2026; 47(2): 5-8.
- [7] Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, Graham MS, Penfold RS, Bowyer RC, and et al. Attributes and predictors of long COVID. *Nature Medicine*. 2021; 27(4): 626-31. DOI: 10.1038/s41591-021-01292-y.
- [8] Groff D, Sun A, Ssentongo AE, Ba DM, Parsons N, Poudel GR, and et al. Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. *JAMA Network Open*. 2021; 4(10): e2128568. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.28568.
- [9] Sapkota HR, and Nune A. Long COVID from rheumatology perspective - a narrative review. *Clinical Rheumatology*. 2022; 41(2): 337-348. DOI: 10.1007/s10067-021-06001-1.
- [10] Asadi-Pooya AA, Akbari A, Emami A, Lotfi M, Rostamihosseinkhani M, Nemati H, and et al. Risk Factors Associated with Long COVID Syndrome: A Retrospective Study. *Iranian journal of medical sciences*. 2021; 46(6): 428-36. DOI: 10.30476/ijms.2021.92080.2326.
- [11] Thompson EJ, Williams DM, Walker AJ, Mitchell RE, Niedzwiedz CL, Yang TC, and et al. Long COVID burden and risk factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records. *Nature Communications*. 2022;13(1): 3528. DOI: 10.1038/s41467-022-30836-0.
- [12] Saenprasarn P, Chaleoykitti S, and Ounjaichon S. Nurses' role in long covid-19 nursing care. *Journal of The Police Nurses*. 2022; 14(1): 214-21.
- [13] Korompoki E, Gavriatopoulou M, Fotiou D, Ntanasis-Stathopoulos I, Dimopoulos MA, Terpos E. Late-onset hematological complications post COVID-19: An emerging medical problem for the hematologist. *American Journal of Hematology*. 2022; 97(1): 119-28. DOI: 10.1002/ajh.26384.
- [14] สำนักงานสถิติจังหวัดปัตตานี สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดปัตตานี 2564. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2566 จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/south/pattani>.
- [15] กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. รายงานสถานการณ์ COVID-19 จังหวัดปัตตานี ระลอกเดือน มกราคม 2565. สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2565 จาก <https://covid.pattani.go.th>.
- [16] Montes-Ibarra M, Oliveira CLP, Orsso CE, Landi F, Marzetti E, and Prado CM. The Impact of Long COVID-19 on Muscle Health. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2022; 38(3): 545-57. DOI: 10.1016/j.cger.2022.03.004.
- [17] เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, สีสรี ธนภมณ. ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565; 16(1): 265-284.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง
Factors Associated with COVID-19 Deaths in Trang Province

ธวัชชัย ล้วนแก้ว^{1*}

Thawatchai Luankaew^{1*}

^{1*} สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง 92000

^{1*} Trang Public Health Office, Muang Trang District, Trang Province. 92000

* Corresponding Author: ธวัชชัย ล้วนแก้ว E-mail: tluankaew@gmail.com

Received : 15 July 2023

Revised : 2 August 2023

Accepted : 15 August 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัย แบบ Case-control study เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 88 ราย ที่เสียชีวิต (Case group) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่รักษาหายในจำนวนที่เท่ากัน (Control group) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2566 หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนโดยใช้ Multiple logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต ผลการศึกษา พบ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง คือ การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Adjusted OR = 2.43, 95%CI = 1.08 - 5.51) การมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ (Adjusted OR = 4.69, 95%CI = 1.39 - 15.88) การได้รับยาต้านไวรัสยาฟาวิพิราเวียร์ (Adjusted OR = 8.28; 95%CI = 3.00 - 22.84) และการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2 (Adjusted OR = 3.36; 95%CI = 1.48 - 7.63) ประชาชนที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างน้อย 2 เข็ม และควรมีการฉีดกระตุ้นทุกปี ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดความรุนแรง และเสียชีวิตหากมีการติดเชื้อโรคโควิด-19

คำสำคัญ: การเสียชีวิต จังหวัดตรัง โรคโควิด-19

Abstract

This research was a case-control study design to identify factors associated with COVID-19 deaths in Trang Province. Eighty-eight cases who died from COVID-19 were recruited as the case group. The same number of patients who were treated successfully were allocated to the control group. The data was collected on June 2023. Multiple logistic regression analysis was used to identify the risk factors of deaths. The study results showed four factors significantly associated with COVID-19 deaths: patients had chronic diseases; 1) hypertension (Adjusted OR = 2.43, 95%CI = 1.08 - 5.51) and 2) heart diseases (Adjusted OR = 4.69, 95%

CI = 1.39 - 15.88), 3) receiving the antiviral drug; favipiravir (Adjusted OR = 8.28; 95%CI = 3.00 - 22.84). And 4) not being vaccinated against Covid-19 (second dose) (Adjusted OR = 3.36; 95%CI = 1.48 - 7.63). People with underlying disease, especially high blood pressure and heart disease, should be vaccinated against COVID-19 at least 2 doses. A booster shot should be administered every year as recommended by the Ministry of Public Health to reduce the severity and death.

Keywords: Death, Trang Province, COVID-19

บทนำ

นับตั้งแต่องค์การอนามัยโลก สาธารณรัฐประชาชนจีน ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดบวมไม่ทราบสาเหตุ จำนวนหลายราย เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 [1] ทำให้เกิดการระบาดของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งโดยการสัมผัสของน้ำลาย การสัมผัสใกล้ชิด และการสัมผัสวัตถุที่เป็นพาหะนำโรค ซึ่งได้สร้างความวิตกกังวลไปทั่วโลก เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบรุนแรง และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก [2] ต่อมาองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดชื่อของโรคอุบัติใหม่นี้ว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019, COVID-19) [3] ข้อมูล ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2565 พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทั่วโลก สะสมมากกว่า 500 ล้านราย มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากกว่า 6 ล้านราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.2 [4] ในช่วงเวลาเดียวกันสถานการณ์ในประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 4,497,152 ราย เสียชีวิตจำนวน 30,445 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.7 [5] จังหวัดตรังมีรายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 28,053 ราย เสียชีวิตจำนวน 184 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.7 [6]

ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงอาการเจ็บป่วยรุนแรง อาการอาจปรากฏใน 2 - 14 วันหลังจากได้รับเชื้อไวรัส และสามารถพัฒนาจากอาการเพียงเล็กน้อยไปถึงขั้นรุนแรงได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการ มีไข้หรือหนาวสั่น ไอ หายใจถี่หรือหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือร่างกาย ปวดศีรษะ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส เจ็บคอ คัดจมูกหรือน้ำมูกไหล คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจหรือปอด หรือโรคเบาหวาน จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการปอดอักเสบรุนแรง และเสียชีวิต [7] รายงานในประเทศไทยพบว่าผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคอ้วน และเป็นผู้ป่วยติดเตียง และไม่ได้รับวัคซีน [8, 9] ในส่วนจังหวัดตรัง มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จำนวน 184 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตในระลอก เมษายน 2564 จำนวน 120 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.7 เป็นเพศชาย 54 ราย หญิง 66 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ 92 คน ค่ากลางอายุ 77 ปี (36 - 103 ปี) ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 95 คน ไม่มีโรคประจำตัว 11 ราย การระบาดในระลอกมกราคม 2565 - วันที่ทำการศึกษ วันที่ 18 มิถุนายน 2565 มีผู้เสียชีวิต 64 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.6 เป็นเพศชาย 36 และเพศหญิง 28 ราย ค่ากลางอายุ 75 ปี (0.11 - 101 ปี) เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 52 คน (ร้อยละ 81.3) เป็นโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 87.5) ไม่ได้รับ

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 36 คน (ร้อยละ 56.2) รับประทาน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 43.8) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้ออักเสบ โรคเบาหวาน และโรคไต [6]

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 [10] รวมถึงการเสียชีวิตยังขึ้นอยู่กับ เพศ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ และสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร [11] รวมถึงผู้ป่วยชาวเอเชียที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอเมริกา [12] การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 และภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติแรกเริ่ม ปัจจัยเหล่านี้จะเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ในขณะที่การศึกษาประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสและวัคซีนในช่วงที่ทำการศึกษายังมีไม่มาก [13]

การป่วยและการตายด้วยโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องการรักษา การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 แต่ละราย จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 33,318 - 1,962,060 บาท ซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะวินิจฉัยและอาการรุนแรงทางคลินิก [14] ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคโควิด-19 เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย คือ 218,194 บาท (24,895 ถึง 1,501,147 บาท) ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เฉลี่ย 124,410 บาท ต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 10,735 บาท ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง มีค่าใช้จ่าย และมูลค่าการใช้ทรัพยากรที่สูงขึ้น [15]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว แม้ว่าภาวะระบาดของโรคจะมีแนวโน้มลดลง แต่การเสียชีวิตก็ยังมีต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และระบบสุขภาพ การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง นอกจากจะทำให้ทราบขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงแล้ว ผลการศึกษายังสามารถนำมาใช้ประโยชน์อ้างอิงทางวิชาการ และสามารถนำมากำหนดมาตรการทางด้าน การแพทย์ และสาธารณสุขที่เหมาะสม ในการลดความรุนแรง ลดผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และระบบสุขภาพโดยรวม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาจากผลย้อนไปหาเหตุ (Case-control study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง ที่เสียชีวิต เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง ที่รักษาหาย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง มีผลการตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR (Real Time Polymerase Chain Reaction) และขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2563 - 18 มิถุนายน 2565 จำนวน 28,053 ราย (เสียชีวิต 184 ราย รักษาหาย 27,869 ราย) [6]

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษา (Case group) หมายถึง ผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง ที่มีผลการตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR และมีผลการรักษาเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2563 - 18 มิถุนายน 2565

กลุ่มควบคุม (Control group) ผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง ที่มีผลการตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR และมีผลการรักษาหายตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2563 - 18 มิถุนายน 2565

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Schlesselman JJ [16] ซึ่งเป็นแบบ Matched case-control ratio 1:1 โดยการจับคู่กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ด้วยอายุที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน น้อยกว่าหรือมากกว่าไม่เกิน 5 ปี กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($Z_{0.05}=1.96$) อำนาจการทดสอบที่ 90%, $\beta = 0.10$ แบบ 2 ทาง ($Z_{1-\beta} = 1.28$) และใช้การศึกษาของ ปิยนุช ปฏิภาณวัตร [14] ที่พบว่าคนที่เป็นเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ถึง 4.4 เท่า เมื่อเทียบกับคนไม่เป็น มาคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ค่า OR และค่าสัดส่วนการเป็นเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาหาย (OR = 4.4 เท่า และ $P_2 = 0.089$ ตามลำดับ) โดยได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 88 ราย รวมทั้งหมด 176 ราย

การสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้

- 1) กลุ่มศึกษา (Case group) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)
- 2) กลุ่มควบคุม (Control group) จับคู่กับกลุ่มศึกษา ด้วยอายุที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน น้อยกว่าหรือมากกว่าไม่เกิน 5 ปี กรณีที่กลุ่มควบคุม (Control) มีให้เลือกมากกว่า 1 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง มีผลการตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR และขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2563 – 18 มิถุนายน 2565
- 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตรังในขณะที่ป่วย
- 3) มีผลการรักษาหายหรือเสียชีวิต
- 4) เป็นคนไทยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ไม่มีประวัติการรักษา หรือไม่มีข้อมูลในฐานข้อมูลกลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (SAT: Situation Awareness Team) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกการเก็บข้อมูล Case record form ประกอบด้วยตัวแปร ผลการรักษา เพศ อายุ อาชีพ การนับถือศาสนา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ค่า O_2SAT แรกรับ ค่า CT (Cycle threshold) ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การได้รับยาต้านไวรัส ชนิดยาต้านไวรัสที่ได้รับ ภูมิคุ้มกันอำเภอ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุง ก่อนนำไปใช้จริง

4. การรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือ ขออนุมัติใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เก็บอยู่ในทะเบียนของกลุ่มภาระกิจตระหนักรู้สถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน (SAT) จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยได้รับอนุญาตเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566

2) ยื่นหนังสือขอรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) หลังจากได้รับอนุญาต ตามข้อ 1 และ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง แนะนำตนเอง และอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูล บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ผล โดยข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ วิเคราะห์แปลผลในภาพรวม และไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่

การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อบรรยายข้อมูลแจกแจง (Categorical data) ได้แก่ตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ประวัติโรคประจำตัว O₂SAT แรกรับ ค่า CT (Cycle threshold) ประวัติการรับวัคซีน ภูมิลำเนาอำเภอ การได้รับยาต้านไวรัส ชนิดยาต้านไวรัสที่ได้

ค่ามัธยฐาน (Median) และ IQR (Interquartile range) ค่าสูงสุด ต่ำสุด เพื่อบรรยายข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) ได้แก่ตัวแปร อายุ CT (Cycle threshold)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic)

วิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวด้วย Univariate logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาล้มเหลว ขนาดของความสัมพันธ์ อธิบายด้วยค่า Crude OR (Crude odds ratio), 95%CI (95% Confidence interval) and the significance level < 0.05 สำหรับข้อมูลที่มีค่า Expected value ในตาราง 2x2 น้อยกว่า 5 ใช้ Fisher's exact test ในการหาความสัมพันธ์

ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กันแบบ Multicollinearity จะได้รับการพิจารณาให้อยู่ใน Model ของการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression อธิบายผลจากการวิเคราะห์ด้วยค่า Adjusted OR (Adjusted odds ratio), 95% CI (95% Confidence interval) and the significance level < 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มศึกษา (Case group) จำนวน 88 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1.2:1 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 36 - 100 ปี (Median 75.50 ปี) กลุ่มอายุ 63 - 86 ปี ร้อยละ 44.3 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ≤ 62 ปี ร้อยละ 30.7 และกลุ่มอายุ ≥ 87 ปี ร้อยละ 25.0 อำเภอที่พบผู้เสียชีวิต 3 ลำดับแรก คือ อำเภอเมือง ร้อยละ 23.8 รองลงมาเป็นอำเภอห้วยยอด ร้อยละ 20.5 และ อำเภอกันตัง ร้อยละ 14.8 โดบกลุ่มศึกษา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.1 ที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม ไม่ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 58.0 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 18.2 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 11.4 กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคประจำตัว ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 33.0 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.7 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 2.3

โรคหัวใจ ร้อยละ 21.6 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 10.2 โรคเกาต์ ร้อยละ 8.0 โรคมะเร็ง ร้อยละ 6.8 โรคไต ร้อยละ 20.5 โรคโลหิตจาง ร้อยละ 3.4 โรคหอบหืด ร้อยละ 8.0 โดยพบว่าคนกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 94.3 เมื่อจำแนกตามการได้รับยาต้านไวรัส ยาฟาวิพิราเวียร์ พบว่า คนกลุ่มนี้ได้รับยา ร้อยละ 93.2 ในส่วนของการได้รับวัคซีนพบว่ากลุ่มที่ศึกษาไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 67.0 ไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 ร้อยละ 80.7 เมื่อพิจารณาตามค่า Cycle threshold (CT) จำนวนรอบของการตรวจพบเจอเชื้อโรคโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR กลุ่มตัวอย่างมีค่า CT ค่ากลางอยู่ที่ 18.95 (ต่ำสุด 3.15 และ สูงสุด 39.15) และส่วนใหญ่มีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 96.6 ตามตารางที่ 1

กลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 88 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1.38:1 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 37 - 97 ปี (Median 78.50 ปี) กลุ่มอายุ 63 - 86 ปี ร้อยละ 46.6 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ≥ 87 ปี ร้อยละ 27.3 และกลุ่มอายุ ≤ 62 ปี ร้อยละ 26.1 อำเภอที่พบผู้เสียชีวิต 3 ลำดับแรก คือ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ 20.5 รองลงมา เป็นอำเภอกันตัง ร้อยละ 18.2 และอำเภอปะเหลียน ร้อยละ 14.8 โดยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.4 ที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม ไม่ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 66.0 รองลงมา เป็นเกษตรกร ร้อยละ 13.6 และอาชีพข้าราชการ/เกษียณ ร้อยละ 9.1 กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคประจำตัว ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.7 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 25.0 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 3.4 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.5 โรคเกาต์ ร้อยละ 5.7 ไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง โรคไต ร้อยละ 11.4 ไม่ป่วยด้วยโรคโลหิตจาง โรคหอบหืด ร้อยละ 3.4 โดยพบว่าคนกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป ร้อยละ 69.3 และมีผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว ร้อยละ 30.7 เมื่อจำแนกตามการได้รับยาต้านไวรัส ยาฟาวิพิราเวียร์ พบว่า คนกลุ่มนี้ได้รับยา ร้อยละ 63.4 ในส่วนของการได้รับวัคซีนพบว่ากลุ่มที่ศึกษาไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 48.9 ไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 ร้อยละ 61.4 เมื่อพิจารณาตามค่า Cycle threshold (CT) จำนวนรอบของการตรวจพบเจอเชื้อโรคโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR กลุ่มตัวอย่างมีค่า CT ค่ากลางอยู่ที่ 22.66 (ต่ำสุด 15.40 และ สูงสุด 39.40) และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 98.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา (Case group) และกลุ่มควบคุม (Control group)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	40	45.5	37	42.0
หญิง	48	54.5	51	58.0
อายุ (Median (IQR))		78 (87 - 62)		
≤ 62 ปี	27	30.7	23	26.1
63 - 86 ปี	39	44.3	41	46.6
≥ 87 ปี	22	25.0	24	27.3

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา				
พุทธ	67	76.1	76	86.4
อิสลาม	21	23.9	12	13.6
อำเภอ				
กันตัง	13	14.8	16	18.2
นาโยง	2	2.3	2	2.3
ปะเหลียน	6	6.8	16	18.2
เมือง	21	23.8	13	14.8
ย่านตาขาว	7	8.0	8	9.1
รัชฎา	5	5.7	4	4.5
วังวิเศษ	4	4.5	7	8.0
สิเกา	9	10.2	3	3.3
ห้วยยอด	18	20.5	18	20.5
หาดสำราญ	3	3.4	1	1.1
อาชีพ				
เกษตรกร	16	18.2	12	13.6
ข้าราชการ/เกษียณ	0	0.0	8	9.1
ค้าขาย	8	9.1	4	4.5
พระ	1	1.0	0	0.0
ประมง	2	2.3	0	0.0
ไม่ประกอบอาชีพ	51	58.0	58	66.0
รับจ้าง	10	11.4	6	6.8
โรคประจำตัว				
โรคความดันโลหิตสูง				
ป่วย	71	80.7	56	63.6
ไม่ป่วย	17	19.3	32	36.4
โรคเบาหวาน				
ป่วย	29	33.0	20	22.7
ไม่ป่วย	59	67.0	68	77.3
โรคไขมันในเลือดสูง				
ป่วย	27	30.7	22	25.0
ไม่ป่วย	61	69.3	66	75.0

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัมพฤกษ์ อัมพาต				
ป่วย	2	2.3	3	3.4
ไม่ป่วย	86	97.7	85	96.6
โรคหัวใจ				
ป่วย	19	21.6	4	4.5
ไม่ป่วย	69	78.4	84	95.5
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
ป่วย	9	10.2	4	4.5
ไม่ป่วย	79	89.8	84	95.5
โรคเกาต์				
ป่วย	7	8.0	5	5.7
ไม่ป่วย	81	92.0	83	94.3
โรคมะเร็ง				
ป่วย	6	6.8	0	0.0
ไม่ป่วย	82	93.2	88	100
โรคไต				
ป่วย	18	20.5	10	11.4
ไม่ป่วย	70	79.5	78	88.6
โรคโลหิตจาง				
ป่วย	3	3.4	0	0.0
ไม่ป่วย	85	96.6	88	100
โรคหอบหืด				
ป่วย	7	8.0	3	3.4
ไม่ป่วย	81	92.0	85	96.6
ได้รับยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์				
ได้รับ	82	93.2	45	63.4
ไม่ได้รับ	6	6.8	26	36.6
การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 1				
ไม่ได้รับ	59	67.0	45	51.1
ได้รับ	29	33.0	43	48.9
การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2				
ไม่ได้รับ	71	80.7	54	61.4
ได้รับ	17	19.3	34	38.6

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่า Cycle threshold (CT)				
Median (IQR)		19.08 (23.17 - 15.19)		
≤ 15.19	25	39.1	19	21.8
15.20 - 23.16	32	50.0	56	64.4
≥ 23.17	7	10.9	12	13.8

การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังนี้ : การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ การมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค การได้รับยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 1 การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2 ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน พบ 4 ปัจจัยที่มีระดับนัยสำคัญต่อการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง คือ การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Adjusted OR = 2.43, 95%CI = 1.08 - 5.51) การมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ (Adjusted OR = 4.69, 95%CI = 1.39 - 15.88) การได้รับยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ (Adjusted OR = 8.28; 95%CI = 3.00 - 22.84) และการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2 (Adjusted OR = 3.36; 95%CI = 1.48 - 7.63) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง ระหว่างตัวแปรเดี่ยว (Univariate analysis) และตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate analysis)

ตัวแปร	Univariate analysis		Multivariate analysis		
	Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI	p-value
โรคความดันโลหิตสูง					
ป่วย	2.39	1.20 - 4.73	2.43	1.08 - 5.51	0.033
ไม่ป่วย	1.00		1.00		
โรคหัวใจ					
ป่วย	5.78	1.78 - 17.80	4.69	1.39 - 15.88	0.013
ไม่ป่วย	1.00		1.00		
ได้รับยาต้านไวรัส ยาฟาวิพิราเวียร์					
ได้รับ	7.90	3.03 - 20.61	8.28	3.00 - 22.84	0.001
ไม่ได้รับ	1.00		1.00		
การรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2					
ไม่ได้รับ	2.63	1.33 - 5.20	3.36	1.48 - 7.63	0.004
ได้รับ	1.00		1.00		

Crude OR = crude odds ratio, 95%CI = 95% confidence interval, p -value of Wald statistics significant \leq 0.05, Adjusted OR = adjusted odds ratio, *In the multivariate analysis, all variables in the univariate analysis did not have multicollinearity were considered

อภิปราย

1) การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือ โรคหัวใจ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 176 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มศึกษา (Case group) และ กลุ่มควบคุม (Control group) เท่ากับร้อยละ 80.7 และร้อยละ 63.6 ตามลำดับ ในขณะที่การมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม เท่ากับ ร้อยละ 21.6 และร้อยละ 4.5 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้วย Univariate และ Multivariate พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่างๆ หลายระบบในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายทำให้เกิดหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ [17] จากการศึกษาที่ผ่านมา ระบุว่าโรค COVID-19 มักจะมีความอันตรายกับระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หากติดเชื้อแล้วไม่รับรักษา อาจมีความเสี่ยง นำไปสู่ภาวะหัวใจวาย และเสียชีวิตได้ โดยพบว่าเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ส่งผลให้มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ร้อยละ 17 กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบได้ร้อยละ 7 ส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวได้ร้อยละ 9 โรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายสูงเป็นลำดับต้นๆ ในคนไทย เป็นโรคที่เกิดต่อเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผลแทรกซ้อนที่หัวใจ กลไกที่โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อหัวใจเกิดจากการเพิ่มของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular hypertrophy workload) เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจ คือภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ดังนั้นผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ควรระมัดระวังมากเป็นพิเศษ [18] ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ที่สรุปว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจ และหลอดเลือด มีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นหลายเท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีโรคร่วม [10, 12]

2) การได้รับยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์

จากการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มที่ศึกษา (Case group) และกลุ่มที่ควบคุม (Control group) ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 93.2 และ 63.4 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้วย Univariate และ Multivariate พบว่าผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ศึกษา (Case group) หรือกลุ่มที่เสียชีวิต มีโอกาสได้รับยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ 8.28 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ควบคุม (Control group) หรือกลุ่มที่รักษาหาย เมื่อพิจารณาตามแนวทางการให้ยาต้านไวรัสของกรมการแพทย์ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 เมษายน 2565 พบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีภาวะปอด

อีกเสบ ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง แพทย์อาจพิจารณาให้ยาฟาวิพิราเวียร์ หรือไม่ให้ก็ได้ ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้เอง ซึ่งแสดงถึงกลุ่มควบคุมที่มีโอกาสที่จะได้รับยาน้อยกว่ากลุ่มที่ศึกษาซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับยาต้านไวรัส [19] งานวิจัยในครั้งนี้นี้ จึงมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญชรส วังมุข และคณะ ซึ่งได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย: การศึกษาแบบจับคู่ พบว่ากลุ่มที่ศึกษา (Case group) หรือกลุ่มที่เสียชีวิต มีโอกาสได้รับยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ 5.81 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ควบคุม (Control group) หรือกลุ่มที่รักษาหาย [20]

3) การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยโควิด-19 ในกลุ่มที่ศึกษา (Case group) และกลุ่มที่ควบคุม (Control group) ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2 ร้อยละ 80.7 และ 61.4 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้วย Univariate และ Multivariate พบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค เข็มที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

การระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง เริ่มเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2563 ในช่วงนั้นประเทศไทยยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค รัฐบาลได้นำเข้าวัคซีนโควิด-19 จากบริษัทซิโนแวคจัดส่งวัคซีน "โคโรนาแวค" ล็อตแรกจำนวน 2 แสนโดส ถึงประเทศไทยเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2564 และกระจายไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดจำนวน 13 จังหวัด [21] ทำให้วัคซีนมีไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันต่อการระบาดของโรค ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้นี้ โดยจังหวัดตรังได้รับวัคซีนโควิด-19 "โคโรนาแวค" ในเวลาต่อมา และเริ่มฉีดให้กับประชาชนในเดือนเมษายน 2564 จากข้อมูลการสอบสวนโรคผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ที่ไม่ได้รับวัคซีน ประชาชนกังวลถึงประสิทธิภาพของวัคซีนเพราะเป็นวัคซีนที่เพิ่งผลิต และมีการใช้เป็นครั้งแรก ฉีดไปแล้วอาจมีอาการแพ้รุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตหรือลูกหลานไม่ยอมให้ไปฉีดโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากอยู่บ้านไม่ได้เดินทางไปไหนโอกาสติดเชื้อมีน้อย ปฏิเสธวัคซีนสูตรไขว้ ลำบากในการเดินทางไปรับวัคซีน ยังไม่ครบระยะเวลาการฉีดครั้งถัดไปหรือการเข้าถึงวัคซีนมีน้อยในช่วงแรก เป็นต้น [22] โครงสร้างของไวรัส SARS-CoV-2 นั้น จะมีปุ่มยื่นที่เรียกว่า โปรตีนสไปค์ (Spike protein) ซึ่งเป็นไกลโคโปรตีนที่ทำหน้าที่จับกับตัวรับ Angiotensin-reverting enzyme-2 (ACE2) receptor ซึ่งอยู่บนผิวของเซลล์ของระบบทางเดินหายใจ หลอดเลือด และลำไส้ เมื่อส่วนของโปรตีนสไปค์ที่เรียกว่า Receptor-binding domain (RBD) จับกับตัวรับ ACE2 ของคนแล้ว ไวรัสจะสามารถเข้าเซลล์ ทำให้เกิดการติดเชื้อ และอาการเจ็บป่วยตามมา ดังนั้นวัคซีนส่วนใหญ่จะมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายผลิตภูมิคุ้มกันต่อโปรตีนสไปค์เป็นสำคัญ วัคซีนโควิด-19 เป็นชีววัตถุหรือแอนติเจนที่ผลิตมาจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรคที่ถูกทำให้ไม่สามารถก่อโรคได้แต่ยังคงกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีหรือภูมิคุ้มกัน โดยหลังฉีดวัคซีน ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโควิด-19 และคงอยู่ในร่างกายประมาณ 3 - 6 เดือน ขึ้นอยู่กับชนิดของวัคซีน คนที่ไม่เคยป่วยหรือไม่เคยได้รับวัคซีนหรือคนที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 1 แล้ว เกิน 3-6 เดือน ภูมิคุ้มกันจะลดหรือไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรค เมื่อป่วยด้วยโรคโควิด-19 จึงมีโอกาสมืออาชีพการรุนแรง และเสียชีวิตได้ [23] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Julia Hippisley-Cox และคณะ ซึ่งได้ทำการศึกษาระบบ Cohort study เรื่องการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังได้รับวัคซีน พบว่า การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2 เป็นปัจจัยป้องกันการเสียชีวิต (Adjusted hazard ratio (95% CI): 0.17 (0.13 to 0.22)) [24]

สรุป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง ได้แก่ การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ การได้รับยาต้านไวรัสยาฟิวโรซิม และ การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1) **ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา** ประชาชนที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างน้อย 2 เข็ม และควรมีการฉีดกระตุ้นทุกปี โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัวดังกล่าว เพื่อป้องกันอาการป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคโควิด-19

2) **ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป** ควรดำเนินการวิจัยในรูปแบบ Action research ที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ในพื้นที่จังหวัดตรัง เพื่อลดผลกระทบจากการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง รหัสโครงการ 008/2566

การอ้างอิง

ธวัชชัย ล้วนแก้ว. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(3): 186-199.

Luankaew T. Factors Associated with COVID-19 Deaths in Trang Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(3): 186-199.

เอกสารอ้างอิง

- [1] WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation report-1, 21 January 2020. Accessed 15 Aug 2022 from https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4.
- [2] WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation report- 4, 24 January 2020. Accessed 15 Aug 2022 from https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200124-sitrep-4-2019-ncov.pdf?sfvrsn=9272d086_8.
- [3] WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-22. Accessed 15 Aug 2022 from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2.

- [4] WHO. COVID-19 Weekly Epidemiological Update 25 February 2021. Accessed 15 Aug 2022 from <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update--23-february-2021>.
- [5] Worldometers. COVID-19 Coronavirus pandemic. 2022. Accessed 16 Jun 2022 from <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
- [6] งานตระหนักรู้สถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน(SAT). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดตรัง. ตัง. 2565.
- [7] Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms of COVID-19. 2022. Accessed 16 Jun 2022 from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>.
- [8] ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) วันที่ 18 สิงหาคม 2564. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2565 จาก https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/180864.pdf.
- [9] กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการประชุมทางไกล (Web Conference) การเร่งรัดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มกระตุ้น. นนทบุรี. 2565.
- [10] Mojtaba S, Maryam T, Yousef A, Sima A, and Hadiseh H. Factors associated with mortality in COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*. 2020; 49(7): 1211-21. DOI: 10.18502/ijph.v49i7.3574.
- [11] Ting T, Jingwen Z, Liyuan H, Yukang J, Congyuan D, Zhongfei L, and et al. Risk factors associated with mortality of COVID-19 in 3125 counties of the United States. *Infect Dis Poverty*. 2021; 10(3): 1-8. DOI: 10.1186/s40249-020-00786-0.
- [12] Orwa A, Rama B, Jer PO, and Siti MSG. Risk factors for mortality among COVID-19 patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2020; 166: 1-5. DOI: 10.1016/j.diabres.2020.108293.
- [13] ปิยนุช ปฏิภาณวัตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 2565; 7(1): 64-71.
- [14] Julia J, Florian J, Anna K, Jennifer F, Oliver AC, and Florian K. A cost of illness study of COVID-19 patients and retrospective modelling of potential cost savings when administering remdesivir during the pandemic “first wave” in a German tertiary care hospital. *Springer*. 2022; 50(1): 191-201. DOI: 10.1007/s15010-021-01685-8.
- [15] Leeyaphan J, Leeyaphan C, Suttha P, Taychakhoonavudh S, and Kulthanachairojana N. Healthcare resource utilization and healthcare costs of COVID-19 patients in a tertiary care public hospital: A retrospective cohort study in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2021; 104(12): 1953-8. DOI: 10.35755/jmedassocthai.2021.12.13109.

- [16] Schlesselman JJ. Case-control studies. New York: Oxford University Press, 1982.
- [17] นิพพาภรณ์ สิ้นทรัพย์, จิณวัตร จันครา และ บุปผา ใจมั่น. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560; 28(1): 100-111.
- [18] Nanshan C, Min Z, Xuan D, Jieming Q, Fengyun G, Yang H, and et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. 2020; 395: 507–13. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
- [19] กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2565 จาก https://covid19.dms.go.th/Content/SelectLandding_page?contentId=172.
- [20] กัญชรส วังมุข, ชนัญญา จิระพรกุล, และนวรรตน์ มณีนิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย: การศึกษาแบบจับคู่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2565; 18(2): 1-15.
- [21] ปีซีไทย. วัคซีนโควิด: อนุทิน นำ 3 รัฐมนตรี อายุไม่เกิน 60 ปี ฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มแรก. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2565 จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-56227686>.
- [22] งานสอบสวนโรคในภาวะฉุกเฉิน (JIT). รายงานการสอบสวนการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดตรัง. 2565.
- [23] กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ, บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด. 2564.
- [24] Julia HC, Carol AC, Nisha M, Ruth HK, Karla DO, Kamlesh K, and et al. Risk prediction of COVID-19 related death and hospital admission in adults after COVID-19 vaccination: national prospective cohort study. British Medical Journal. 2021; 374: 2244. DOI: 10.1136/bmj.n2244.

ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการรักษาอาการกระดูกหัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Wisdom of Folk Doctor on Fractures Bone Treatment Surat Thani Province

อาทิมา จุเส็ง^{1*} กนกกร มอหะหมัด² และมาเรียม มามะ²Atima Chuseng^{1*}, Kanokkorn Mohamad², and Mariam Mama²^{1*}โรงพยาบาลนบพิตำ อำเภอหนองพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 95000^{1*} Noppitum Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. 80160² Sirindhorn College of Public Health Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. 95000

* Corresponding Author: อาทิมา จุเส็ง E-mail: opasr56@gmail.com

Received : 30 March 2023

Revised : 19 June 2023

Accepted : 19 August 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารวบรวมภูมิปัญญาและองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการรักษาอาการกระดูกหัก ทราบชนิดของสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา การถ่ายทอดภูมิปัญญา และข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นหมอพื้นบ้านรักษาอาการกระดูกหักจำนวน 1 คน ใช้การคัดเลือกแบบการบอกต่อของผู้รับบริการในพื้นที่ จากนั้นดำเนินการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง 2) ผู้ให้ข้อมูลร่วมเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วย หมอพื้นบ้าน จำนวน 3 คน ใช้การคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกเทป และการบันทึกภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า หมอพื้นบ้านสามารถรักษาอาการกระดูกหักได้ทุกประเภท สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคืออุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ น้อยที่สุดคือตกจากที่สูง หมอกระดูกพื้นบ้านมีกระบวนการรักษา 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนก่อนการรักษาซึ่งพิธีกรรมก่อนการรักษาหมอท้องถิ่น 3 จบ พานหมากพลู 9 คำ เงินบูชา แล้วแต่ศรัทธา ดอกไม้ ธูป เทียน และว่าคาถาเสกน้ำมันต่อกระดูก การซักประวัติ ตรวจร่างกาย 2) ขั้นตอนการรักษา มีการไล่เส้นให้ผู้ป่วยก่อนทำการดัดกระดูกตรงบริเวณที่หักพร้อมท้องคาถา การทาน้ำมันปลุกเสกบริเวณกระดูกหัก จากนั้นทำการพันผ้าตามด้วยไม้ไผ่ใช้เชือกมาพันไม้ไผ่อีกรอบ และท้องคาถา 3) ขั้นตอนหลังการรักษา ให้คำแนะนำรับประทานกล้วย หมู ข้าวเหนียว ขนมะขาม ฟักละมู ปลายี่ฮ้อ ห้ามลอดไม้ค้ำยัน มีการติดตามผลการรักษา และพิธีกรรมหลังการรักษา

คำสำคัญ: ภูมิปัญญาพื้นบ้านการรักษากระดูกหัก หมอพื้นบ้าน อาการกระดูกหัก

Abstract

This qualitative research aimed to study and collect wisdom and knowledge about fracture healing process. Know the types of herbs used in treatment. Transmission of wisdom and general information of folk healers. The informants were divided into 2 groups: 1) The main informants were indigenous healers who treated fractures by word-of-mouth. Specific Data collection by interview. The data collection tool uses in-depth interviews, taped recordings, and video recordings. Data were analyzed by content analysis method. The results of the study of indigenous healers' wisdom in treating fractures showed that indigenous healers could treat all types of fractures. Most of the causes are motorcycle accidents. The least is falling from a height. There are 3 steps of treatment: 1) Pre-treatment steps by praying Namo 3 times, 9 words of betel nut, offering money depending on faith, flowers, joss sticks, candles, spells to cast oil on the bones. History taking, physical examination 2) Treatment process: a line is drawn to the patient before extinguishing the broken bone while reciting the incantation. Apply consecrated oil on broken bones. then bring cloth to wrap with bamboo Use the rope to wrap the bamboo again and recite the spell. 3) Steps after treatment. It is recommended to refrain from eating bananas, pork, sticky rice, rice noodles, and wild vegetables. Ready to follow up on treatment results and post-treatment rituals.

Keywords: Folk wisdom for treating broken bones, Folk healers, Fracture symptoms

บทนำ

ในปัจจุบันนี้ภาวะกระดูกหักเป็นภาวะอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นโดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการจราจรต่างๆ ในปี 2564 สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยสะสมรวม 892,101 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตสะสม 13,555 ราย บาดเจ็บสะสม 878,389 ราย เป็นอุบัติเหตุทางรถยนต์ร้อยละ 52.6 และรถจักรยานยนต์ร้อยละ 47.4 จังหวัดสุราษฎร์มีประชากรในจังหวัด ทั้งหมด 1,068,010 คน ในปี 2564 มีอุบัติเหตุสะสม 18,558 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตสะสม 289 ราย บาดเจ็บสะสม 18,268 ราย อำเภอวิภาวดี มีผู้เสียชีวิตสะสม 5 ราย บาดเจ็บสะสม 98 ราย [1] ซึ่งอุบัติเหตุที่ทำให้กระดูกหักมันไม่ใช่ เรื่องเล็กน้อย เพราะการรักษาที่ไม่ถูกวิธี และไม่เหมาะสมอาจจะทำให้มีโอกาสเกิดความพิการถาวรได้ นอกจากนี้สาเหตุของกระดูกหักยังรวมไปถึงอุบัติเหตุจากการทำงาน และการเล่นกีฬาอีกด้วย

การเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วยภาวะกระดูกหักที่เกิดจากอุบัติเหตุในปัจจุบันเลือกวิธีการบำบัดรักษาจากหมอพื้นบ้านหรือหมอน้ำมนต์ [2] เพราะการรักษาโดยหมอแผนปัจจุบันถึงจะมีการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีก้าวหน้าไปมากมาย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาโดยการผ่าตัด การตัดอวัยวะบางส่วนทิ้งไป เช่น ตัดแขน ตัดขา เป็นต้น เพื่อที่จะเป็นการรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ในตัวเอง แต่ผู้ป่วยส่วนมากแล้วนั้นกลับกลัวการสูญเสียอวัยวะเหล่านั้นไป รวมไปถึง ค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาของหมอแผนปัจจุบัน

ค่อนข้างที่จะราคาสูง ด้วยเหตุผลเหล่านี้จึงทำให้มีผู้ป่วยภาวะกระดูกหักกลุ่มหนึ่งเลือกที่จะรักษากับหมอพื้นบ้านที่มีประชาชนให้ความเคารพ มีความชำนาญ และมีศักยภาพในการรักษาภาวะกระดูกหัก ซึ่งหมอพื้นบ้านที่ทำการรักษาประชาชนส่วนใหญ่จะมีใบรับรองหมอพื้นบ้าน และมีความสามารถในการให้ความรู้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ในทุกๆ ด้าน ทั้งทางด้านจิตใจ ทางด้านร่างกาย ทางด้านสังคมวัฒนธรรม [2]

ภูมิปัญญาพื้นบ้านในด้านสุขภาพนั้นนับเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของหลากหลายชาติพันธุ์ในสังคมไทย ซึ่งเป็นศาสตร์ และศิลป์ที่ได้ตกผลึกมาจากหลายๆ ด้าน ทั้งด้านการสังเกต การทดลองใช้ การคัดเลือก การกลั่นกรอง และรวมไปถึงการสั่งสมสืบทอดมาจากคนรุ่นก่อนมาสู่คนรุ่นหลัง เป็นภูมิปัญญาอย่างหนึ่งที่สะท้อนถึงระบบแนวคิด ระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ มนุษย์กับธรรมชาติ และมนุษย์กับสิ่งที่เหนือธรรมชาติ [3] ซึ่งหมอพื้นบ้านที่รักษาอาการกระดูกหักเป็นหนึ่งในประเภทของหมอพื้นบ้านที่ยังคงสืบทอดความรู้ และยังคงมีบทบาทที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน ซึ่งยังคงเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นไทยด้านสุขภาพเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประชาชน เนื่องจากเป็นภูมิปัญญาที่ได้รับการถ่ายทอด และสืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบันจนเป็นที่ยอมรับของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้นิยมมาใช้บริการเมื่อยามประสบอุบัติเหตุจนกระดูกหักหรือแตกร้าว [4]

หมอพื้นบ้านจะมีกรรมวิธีในการรักษาอาการกระดูกหักที่แตกต่างกันไป และมีความหลากหลาย [5] ทั้งนี้ในตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าประชาชนส่วนหนึ่งยังมีการรักษากับหมอพื้นบ้านจากการสำรวจหมอพื้นบ้านด้วยวิธีปากเปล่าจากประชาชนในพื้นที่ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานีของผู้วิจัยพบว่าหมอพื้นบ้านรักษาอาการกระดูกหักทั้งหมด 2 คน ซึ่งหมอพื้นบ้านที่ทำการรักษาในครั้งนี้มีคุณสมบัติแตกต่างจากหมอท่านอื่นคือปัจจุบันยังคงทำการรักษาอยู่ โดยใช้กรรมวิธีในการรักษาอาการกระดูกหักของผู้ป่วยด้วยการเข้าเฝือกด้วยไม้ไผ่ และหมอพื้นบ้านท่านยังมีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และพร้อมให้ความร่วมมือ และยินดีให้ข้อมูล

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาเกี่ยวกับภูมิปัญญาในการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้านซึ่งท่านเป็นหมอที่รักษาอาการกระดูกหักด้วยการเข้าเฝือกด้วยไม้ไผ่ ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่มีความสามารถ และมีประสบการณ์ในการรักษาอาการกระดูกหัก เป็นหมอพื้นบ้านที่เป็นที่รู้จัก และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน และพื้นที่ใกล้เคียง จึงเป็นภูมิปัญญาที่ควรศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาอาการกระดูกหักของผู้ป่วยและเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในแก่ประชาชนในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน และรวบรวมเกี่ยวกับกระบวนการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษารวบรวมภูมิปัญญา และองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการรักษาอาการกระดูกหัก ทราบชนิดของสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา การถ่ายทอดภูมิปัญญา และข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ศึกษาได้ศึกษา

แนวคิดทฤษฎี และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการหาคำตอบ และเป็นประเด็นที่ต้องศึกษา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้เป็นหมอกระดูกที่อาศัยอยู่ในตำบลตะกุกเหนือ อำเภอ วิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พิจารณาคัดเลือกแบบการบอกต่อของผู้รับบริการในพื้นที่ (Snowball sampling) หลังจากนั้นได้ดำเนินการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Critical case) พบว่ามีหมอฟันบ้านรักษาอาการกระดูกหักทั้งหมดจำนวน 2 คน เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก คัดออกแล้ว พบว่ามีหมอฟันบ้านรักษาอาการกระดูกหักทั้งหมดจำนวน 1 คนที่ได้ผ่านเกณฑ์โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ปัจจุบันหมอฟันบ้านยังทำการรักษาอาการกระดูกหักอยู่
- 2) มีประสบการณ์ในการรักษาคนไข้ อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 ปี
- 3) เป็นหมอฟันบ้านที่มีการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานราชการ
- 4) ให้ความร่วมมือ และยินดีในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) หมอฟันบ้านมีความผิดปกติทางการสื่อสาร
- 2) หมอฟันบ้านไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานราชการ

ผู้ให้ข้อมูลร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาที่หมอฟันบ้านที่เป็นผู้ให้ ข้อมูลหลักในพื้นที่ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 3 คน มีการคัดเลือก แบบจำเพาะเจาะจง (Critical case) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาอาการกระดูกหัก
- 2) ให้ความยินยอมที่จะให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีความผิดปกติทางด้าน การสื่อสาร
- 2) ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการรักษาอาการกระดูกหักของหมอฟันบ้าน ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

อุปกรณ์สำหรับบันทึกข้อมูลเช่น สมุดสำหรับจดบันทึก ชุดเครื่องเขียน แฟ้มสำหรับเก็บข้อมูล อุปกรณ์สำหรับบันทึกเสียง และอุปกรณ์ที่ใช้ในการถ่ายภาพ

เอกสารแนวทางการสัมภาษณ์เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งสิ้น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เอกสารแนวทางการสัมภาษณ์หมอฟันบ้าน มี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

ตอนที่ 2 องค์ความรู้ภูมิปัญญาในการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน

- 1) กระบวนการก่อนการรักษา
- 2) กระบวนการรักษา
- 3) กระบวนการหลังการรักษา

ชุดที่ 2 เอกสารแนวทางการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการกับหมอพื้นบ้าน มี 1 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 องค์ความรู้ภูมิปัญญาที่ได้รับจากการรักษาอาการกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน

- 1) กระบวนการก่อนการรักษา
- 2) กระบวนการรักษา
- 3) กระบวนการหลังการรักษา

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย เป็นการเตรียมความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการเก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) การสร้างแนวคำถามให้ ครบคลุม การสังเกต และการบันทึกข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม

1.2 การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น คือ อุปกรณ์จดบันทึก แฟ้มสำหรับเก็บข้อมูล อุปกรณ์สำหรับการถ่ายภาพ และอุปกรณ์ที่ใช้บันทึกเสียงประกอบการสัมภาษณ์

1.3 การเตรียมผู้ให้ข้อมูล ติดต่อขอความร่วมมือและขอความอนุเคราะห์ข้อมูลจากหมอกระดูกพื้นบ้าน

2) ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ขอพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหมอกระดูกพื้นบ้าน ครอบครัว ตลอดจนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยผู้วิจัยจะแนะนำตัวเองในบทบาทนักศึกษา และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกระบวนการวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ไว้วางใจในตัวผู้ทำวิจัย และได้รับความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป รวมทั้งขออนุญาตในการ บันทึกเสียง ถ่ายภาพ เพื่อป้องกันการผิดพลาดของข้อมูล

2.3 เมื่อหมอพื้นบ้านรักษาอาการกระดูกหัก ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความยินดีที่จะให้ข้อมูลแล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview)

2.4 การบันทึกภาคสนาม (Field notes) ผู้วิจัยจะบันทึกไปพร้อมกับการ สัมภาษณ์ และจะบันทึก ภายหลังจากการสัมภาษณ์ในส่วนที่ไม่สามารถบันทึกได้ในขณะสัมภาษณ์หรือสังเกต โดยทำการบันทึกการสัมภาษณ์ ด้วยเครื่องบันทึกเสียง และทำการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์ภายหลัง

2.5 แปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวันจะนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกให้เป็น ระเบียบทุกวัน บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไว้ทั้งหมด หลังจากนั้นจึงอ่านเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือ ครบถ้วน เพื่อที่จะนำไปถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการ จำนวน 3 คน

2.6 ทำการตรวจสอบความตรงของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยการนำ ข้อมูลที่ได้จากการแปลผลรายวันไปสอบถามย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

2.7 การสิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล พิจารณาจากการได้รับข้อมูลครอบคลุม ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้ เมื่อมั่นใจว่าไม่มีประเด็นสำคัญใดเพิ่มเติม และข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวแล้วจึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลสามารถทำได้ตลอดการดำเนินการวิจัย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์เนื้อหาทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวม ในแต่ละช่วงซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบของข้อมูลแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ และมีความถูกต้องเพียงพอตามวัตถุประสงค์

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้านที่ได้ทำการศึกษาปัจจุบันอายุ 61 ปี เพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีพี่น้องทั้งหมด 7 คน หมอพื้นบ้านเป็นบุตรคนที่ 5 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพเกษตรกร และขายปุย รายได้เดือนละ 4000 - 5000 บาท อาชีพรอง เป็นหมอพื้นบ้าน แต่งงานเมื่อตอนอายุ 24 ปี มีบุตรด้วยกัน 3 คน เป็นผู้ชาย 1 คน และผู้หญิง 2 คน ซึ่งได้เสียชีวิตไปแล้ว 1 คนเนื่องจากอุบัติเหตุ ซึ่งบุตรอีก 2 คนได้พักอาศัยอยู่กับหมอพื้นบ้าน เริ่มเป็นหมอพื้นบ้านตั้งแต่อายุ 26 ปี จากการถ่ายทอดความรู้จากบิดาของตน มีการฝึกฝน เรียนรู้ จนมีความสามารถ และมีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ โรคที่หมอพื้นบ้านรักษาได้แก่ กระจุกหัก กระจุกข้าว และจากการรักษาของหมอพื้นบ้านที่ให้อาการของผู้ป่วย ดีขึ้น และมีการบอกเล่าปากต่อปาก จึงได้มีผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยมีการแนะนำให้มารับการรักษา กับ หมอพื้นบ้าน ผู้ที่มารับการรักษามีทั้งคนในพื้นที่ และคนที่มาจากนอกพื้นที่ จนทำให้หมอนั้นมีชื่อเสียง และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนผู้ที่มารับการรักษานั้นเริ่มตั้งแต่มีอาการเจ็บเพียงเล็กน้อยจนกระทั่งอาการ รุนแรงนอกจากนี้หมอพื้นบ้านยังมีบทบาทในชุมชนด้านจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มสตรี หมู่บ้าน และกองทุนหมู่บ้าน ซึ่งล้วนเป็นอาชีพที่ทำเพื่อชุมชน

2) ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้

2.1 การสืบทอดองค์ความรู้

การเริ่มต้นเป็นหมอพื้นบ้านเกิดจากความสนใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาเนื่องจากเห็นบิดาของตนทำการรักษาผู้ป่วยมาตั้งแต่เด็กๆ และบ่อยครั้งบิดาก็จะให้ตนนั้นติดตามไปช่วยจนตนนั้นได้สังเกตว่ามีผู้ป่วยมาหาบิดาที่บ้านอยู่บ่อยครั้งซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาหาบิดาของตนจะมีอาการกระดูกหัก และเมื่อบิดารักษาแล้วผู้ป่วยหาย ตนจึงมีความคิดที่อยากจะเป็นหมอพื้นบ้านเหมือนกับบิดา บิดาได้เห็นถึงความสนใจจึงได้มีการถ่ายทอดวิชาความรู้ที่ตนมีให้กับตัวหมอพื้นบ้าน หลังจากนั้นหมอพื้นบ้านจึงได้มีการฝึกฝน เรียนรู้ต่อไปเรื่อยๆ ทั้งจากการซักถามจากบิดาเอง การดูวิธีการรักษาเวลา บิดาของตนรักษาผู้ป่วย และจากประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยของตนเองจนได้รักษาผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งบิดาเสียชีวิต หมอพื้นบ้านก็ได้มีความรู้ความสามารถ และมีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยแล้วจึงได้รักษาผู้ป่วยสืบทอดมาแต่บิดาของตน โดยส่วนใหญ่โรคที่หมอพื้นบ้านทำการรักษา ได้แก่ กระดูกข้อมือหัก กระดูกแขนหัก กระดูกขาหัก กระดูกไหปลาร้าหัก กระดูกซี่โครงหัก สาเหตุที่หมอพื้นบ้านพบบ่อยที่สุดคืออุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา น้อยสุดตกจากที่สูง และจากการรักษาของหมอที่ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และมีการบอกเล่าปากต่อปาก จึงได้มีผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยมีการแนะนำให้มารับการรักษาที่หมอพื้นบ้าน จนทำให้มาเป็นหมอรักษาผู้ป่วยถึงทุกวันนี้

2.2 การถ่ายทอดองค์ความรู้

การถ่ายทอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในขณะนี้ หมอพื้นบ้านเองยังไม่มีความคิดที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ในการรักษาอาการกระดูกให้ใครซึ่งตัวหมอพื้นบ้านตั้งใจที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับทายาทผู้สืบสายเลือดหรือเครือญาติเท่านั้น

3) กระบวนการรักษาของหมอพื้นบ้าน

3.1 กระบวนการก่อนการรักษา

3.1.1 พิธีกรรมก่อนการรักษา

จากการศึกษาหมอพื้นบ้าน พบว่า ก่อนที่จะทำการรักษาหมอจะต้องท่องนะโม 3 จบ มีพานหมากพลู 9 คำ เงินบูชาแล้วแต่ศรัทธา ดอกไม้ ธูป เทียน ทั้งนี้เนื่องมาจากเป็นความเชื่อของหมอพื้นบ้านที่ได้การสืบทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น และกล่าวคาถาเสกน้ำมันต่อกระดูกซึ่งสืบทอดมาจากบิดาของหมอพื้นบ้าน

3.1.2 การซักประวัติ

จากการศึกษาของหมอพื้นบ้านพบว่า หมอพื้นบ้านจะซักถามอาการของผู้ป่วยว่ามีกระดูกส่วนใดของร่างกายหัก เป็นมาแล้วกี่วัน สาเหตุเกิดจากอะไร และจะดูผลเอกซเรย์ที่ทางผู้ป่วยได้ไปเอกซเรย์มาจากโรงพยาบาล เพื่อดูส่วนที่กระดูกหักว่าสอดคล้องกับบริเวณที่ผู้ป่วยบอกหรือไม่

3.1.3 การตรวจร่างกาย

จากการศึกษาของหมอพื้นบ้านพบว่าเมื่อหมอพื้นบ้านซักประวัติผู้ป่วยพร้อมกับดูผลเอกซเรย์แล้ว หลังจากนั้นหมอพื้นบ้านจะทำการคลำชีพจรบริเวณที่มีการหัก และจะมีการวัดความดันของผู้ป่วย รวมถึงคลำบริเวณที่มีการหักของกระดูกด้วยว่ามีอาการบวม แดง ร้อนหรือไม่

3.1.4 การวินิจฉัย

จากการศึกษาการวินิจฉัยโรคของหมอพื้นบ้าน พบว่าหมอพื้นบ้านจะมีการวินิจฉัยผู้ป่วยอาการกระดูกหัก โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกายของผู้ป่วย โดยจะดูอาการของกระดูกหัก ผ่านการคลำ และการดูแผ่นเอกซเรย์ ซึ่งผู้ป่วยอาการกระดูกหักก็จะมีอาการปวด พบอาการบวม พบความร้อน พบว่าอวัยวะส่วนนั้นที่มีการหักกระดูกใช้งานผิดปกติ เช่น ค้ำแล้วปวด งอแล้วปวดโดยหมอพื้นบ้านก็จะเรียกว่าอาการกระดูกหักส่วนผู้ป่วยอาการกระดูกร้า ก็จะมีอาการปวด บวม พบว่า อวัยวะในส่วนนั้นไม่มีการผิดรูป เกิดการแตกบริเวณกระดูกเพียงบางส่วน หมอพื้นบ้านก็จะเรียกว่า อาการกระดูกร้า

3.2 กระบวนการการรักษา

จากการศึกษาหมอพื้นบ้าน พบว่าหมอพื้นบ้าน มีขั้นตอนการรักษาดังนี้

3.2.1 หมอจะทำการไล่เส้นให้ผู้ป่วยก่อนเพื่อทำการดัดกระดูกตรงบริเวณที่หักให้กลับมาเข้าที่ดั้งเดิมโดยท่องคาถา “มั่งสัง มั่งสังโสละหิตังโลหิตณะ” ว่าเมื่อดัดกระดูกให้เข้าที่ตามเดิม คาถาประสานกระดูกว่า จบเป่าน้ำลายหนึ่งครั้ง ว่าดังนี้ “ทะนะมะพะมะพะทะนะ”

3.2.2 หมอจะทาน้ำมันมะพร้าวบริเวณกระดูกหัก ซึ่งน้ำมันมะพร้าวที่ใช้ก็จะเป็นน้ำมันมะพร้าวที่ทำกรปลูกเสกแล้วเรียบริ้อยเพื่อช่วยในการยึดติดของกระดูกที่หักให้ติดเร็วขึ้น

3.2.3 พันด้วยผ้าให้สนิทตามด้วยไม้ไผ่และใช้เชือกหรือเส้นด้ายมาพันไม้ไผ่อีกครั้งเพื่อยึดและตรึงกระดูกให้เข้าที่ พร้อมท่องคาถาเวลาพันผ้าผูกเพื่อกว่า “ติตังตังเนจัตตาโรจโกะทิตถาหิ”

3.2.4 บอกรักษาห้ามและข้อปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งระหว่างที่ผู้ป่วยได้ทำการเข้าเฝือกอยู่นั้น ผู้ป่วยห้ามรับประทานกล้วย หนุ่ ข้าวเหนียว ขนมะขาม ผักก่า ปลาสด ห้ามลอดไม้ค้ายัน ห้ามลอดใต้กล้วย ห้ามนอนร่วมเตียง และห้ามกินเหล้ามีนเมา

3.3 กระบวนการหลังการรักษา

3.3.1 การติดตามผลการรักษา

จากการศึกษา หมอพื้นบ้าน การนัดติดตามผลการรักษา ในวันที่ 3 หลังจากการรักษา เพื่อตรวจดูว่ากระดูกติดหรือยัง ซึ่งจะมีการนัดติดตามอาทิตย์ละ 1 ครั้ง จนหายซึ่งในช่วงระหว่างนี้มีข้อปฏิบัติห้ามรับประทานกล้วย หนุ่ ข้าวเหนียว ขนมะขาม ผักก่า ปลาสด ห้ามลอดไม้ค้ายัน ห้ามลอดใต้กล้วย ห้ามนอนร่วมเตียง และห้ามกินเหล้ามีนเมา ซึ่งมีความเชื่อว่าหากทำตามนี้ กระดูกจะติดได้เร็วขึ้น ซึ่งหมอพื้นบ้านก็ยังบอกอีกว่าในแต่ละช่วงอายุการติดของกระดูกก็ใช้เวลาที่แตกต่างกันไป คือ เด็กก็จะใช้ระยะเวลาประมาณ 1 - 2 สัปดาห์ วัยรุ่นหรือวัยกลางคนจะใช้เวลา ประมาณ 3 สัปดาห์ ส่วนคนแก่ในวัยชรานั้นก็ใช้เวลาานหน่อย ประมาณ 1 เดือนขึ้นไป ข้อปฏิบัติหลังการรักษาเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นผู้ป่วยจะต้องนำข้าวสุกจำนวน 1 ชัน กล้วยจำนวน 1 หวี มาตักบาตรซึ่งในส่วนตรงนี้ผู้ป่วยจะนำของ 2 สิ่งนี้มาให้หมอพื้นบ้านตักบาตรให้หรือตัวผู้ป่วยจะนำไปตักเองขึ้นกับความสะดวก

3.3.2 ค่าตอบแทนในการรักษา

จากการศึกษาหมอพื้นบ้านพบว่าตัวหมอพื้นบ้านไม่มีการเรียกเก็บค่าตอบแทนในการรักษา โดยค่าตอบแทนขึ้นอยู่กับผู้ป่วยตามจิตศรัทธาของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งผู้ป่วยที่ให้ค่าตอบแทนมีตั้งแต่หลักสิบบาท หลักร้อยบาท บางรายให้ถึงหลักพันบาทขึ้นอยู่กับผู้ป่วย เมื่อทำการรักษาเสร็จผู้ป่วยก็จะนำเงินใส่ในพานไหว้ครู

ที่หมอพื้นบ้านตั้งไว้ ซึ่งเมื่อถึงเดือนหกในทุกปีหมอพื้นบ้านจะมีการไหว้ครูประจำปีก็จะนำเงินที่ผู้ป่วยได้ให้ใส่พานไปทำบุญในการไหว้ครูประจำปี โดยไม่มีการเก็บเข้ากระเป๋าตนเองเพื่อมาใช้ในชีวิตประจำวัน

3.3.3 คำแนะนำ

จากการศึกษาหมอพื้นบ้าน พบว่าหมอพื้นบ้าน มีข้อแนะนำหลังการรักษาให้สำหรับผู้ป่วย ซึ่งให้ผู้ป่วยดื่มน้ำโดยผู้ป่วยจะต้องนำข้าวสุกจำนวน 1 ชัน กล้วยจำนวน 1 หวี มาดื่มน้ำ ซึ่งในส่วนตรงนี้ผู้ป่วยจะนำของ 2 สิ่งนี้มาให้หมอพื้นบ้านดื่มน้ำหรือตัวผู้ป่วยจะนำไปดื่มน้ำเองก็แล้วแต่สะดวก

อภิปราย

1) ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

จากการศึกษาพบว่าหมอพื้นบ้านมีอายุ 61 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพหลักของหมอกระดูกพื้นบ้านคือ อาชีพเกษตรกร และขายปุย อาชีพรองคือหมอพื้นบ้าน มีประสบการณ์ด้านหมอพื้นบ้าน 30 กว่าปี ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาอยู่ในช่วงวัยเด็กถึงวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่และจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งหมอพื้นบ้านมีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า 10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่า ด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ.2562 ได้ให้ความหมายของหมอพื้นบ้านคือบุคคลซึ่งมีความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผน ไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนที่มีการสืบทอดกันมานาน ไม่น้อยกว่า 10 ปี หมอพื้นบ้านมีอายุ 61 ปี จึง สอดคล้องกับธิดา ขุนบุญจันทร์, ฉันทนา กระจุกฤทธิ์, สิริลดา พิมพา, และสุธน พรบัณฑิตย์ปัทมา [6] ได้ศึกษาเรื่องราวงานเบื้องต้นการศึกษาการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอพื้นบ้านผลการวิจัยพบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอายุ 50 - 84 ปี เป็นที่ยอมรับ และเป็นที่ยอมรับของคนที่พึ่งยามเจ็บไข้ของคนในชุมชน มีประสบการณ์ในการรักษาไม่น้อยกว่า 20 - 30 ปี ผู้ป่วยที่มา รักษาส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และพื้นที่ใกล้เคียงสอดคล้องกับชวชนม ขุนเอียด, นิดา น้อยเด็น, สิทธิชัย สงฆ์รักษ์, อารีฟ สันนาหุ, อัมพาน ดินนามอ, และอิมรอน หมะ [7] ศึกษาเรื่องภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก กรณีศึกษาหมอดนรอรอหมาน การดี อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นประชากรที่อยู่ในพื้นที่ และพื้นที่ จังหวัดใกล้เคียง ระดับการศึกษาของหมอกระดูกสอดคล้องกับคนากร สุกรากุล, ทวีช บุญแสง, และดาราพรรณ ร่องเมือง [5] ได้ศึกษาเรื่อง ภูมิปัญญาของหมอ กระดูกพื้นบ้าน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่ กล่าวว่า หมอกระดูกพื้นบ้านส่วนใหญ่จบชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4

2) โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่หมอพื้นบ้านให้การรักษา

จากการศึกษาพบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่โรคที่หมอพื้นบ้านทำการรักษา ได้แก่ กระดูกข้อมือหัก กระดูกแขนหัก กระดูกขาหัก กระดูกไหปลาร้าหัก กระดูกซี่โครงหัก ผู้ป่วยที่มา รับ การรักษากับหมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่ด้วยอาการเจ็บบริเวณกระดูก ทนต่อความปวดไม่ได้ บวมและชา บริเวณที่หัก สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ อุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา น้อยที่สุด คือ ตกจากที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนรมน เจริญพิพัฒน์สิน [8] กล่าวว่ากระดูกหักมักเกิด จากการประสบอุบัติเหตุรถชน การถูกตี ตกจากที่สูง อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬาจึงสอดคล้องกับนิริฐมิ ปินสิรานนท์ [9] กล่าวว่ากระดูกหักที่พบบ่อย กระดูกข้อมือหัก กระดูกแขนหัก กระดูกขาหัก กระดูกสะโพกหัก กระดูกข้อเท้าหัก กระดูกสันหลังหัก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดมาจากการหกล้ม อุบัติเหตุ และการเล่นกีฬา จึงสอดคล้องกับสารัช โนนตานอก [10] ศึกษากระดูก : การบูรณาการการรักษา

โดยหมอพื้นบ้าน และแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านรักษา กระจุกหัก คลื่นๆกันคือหมอพื้นบ้านจะรับบำบัดรักษากระจุกหักในกรณีที่กระจุกหักไม่รุนแรงเกินไป สอดคล้องกับอำนาจ จิระสิริกุล [11] ได้ให้แนวคิดอาการแสดงบริเวณที่มีกระจุกหักประกอบด้วยความเจ็บป่วยอวัยวะที่มีกระจุกหัก โดยเฉพาะกดแล้วจะเจ็บมีอาการบวมรอบๆ บริเวณที่กระจุกหักในส่วนที่หักอาจมีลักษณะผิดรูปผิดร่าง และไม่สามารถยับหรือใช้งานส่วนที่มีการหักของกระจุกได้หรือรู้สึกเคลื่อนไหวได้ลำบาก

3) องค์ความรู้ภูมิปัญญาในการรักษาอาการกระจุกหักของหมอพื้นบ้าน

การเริ่มต้นเป็นหมอพื้นบ้านเกิดจากความสนใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา เนื่องจากเห็นบิดาของตน ทำการรักษาผู้ป่วยมาตั้งแต่เด็กๆและบ่อยครั้งบิดาก็จะให้ตนนั้นติดตามไปช่วย จนตนนั้นได้สังเกตว่ามีผู้ป่วย มาหาบิดาที่บ้านอยู่บ่อยครั้งซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาหาบิดาของตนจะมีอาการกระจุกหักและเมื่อบิดารักษาแล้ว ผู้ป่วยหาย ตนจึงมีความคิดที่อยากจะเป็นหมอพื้นบ้านเหมือนกับบิดา บิดาได้เห็นถึงความสนใจจึงได้ มีการถ่ายทอดวิชาความรู้ที่ตนมีให้กับตัวหมอพื้นบ้าน หลังจากนั้นหมอพื้นบ้านจึงได้มีการฝึกฝน เรียนรู้ต่อไปเรื่อยๆ ทั้งจากการซักถามจากบิดาเอง การดูวิธีการรักษาเวลา บิดาของตนรักษาผู้ป่วย และจากประสบการณ์ การรักษาผู้ป่วยของตนเอง จนได้รักษาผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งบิดาเสียชีวิต หมอพื้นบ้านก็ได้มีความรู้ ความสามารถ และมีความพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยแล้วจึงได้รักษาผู้ป่วย สืบทอดมาแต่บิดาของตน หมอพื้นบ้านในขณะนี้นั้นหมอพื้นบ้านเองยังไม่มีความคิดที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ ในการรักษาอาการกระจุกหักให้ใคร ซึ่งตัวหมอพื้นบ้านตั้งใจที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับทายาทผู้สืบสายเลือดหรือ เครือญาติเท่านั้น สอดคล้องกับแนวคิดอชฌา สมนึก, กันดา นิมัทศนศิริ, เฟื่องลดา ทบศรี, อัญญา อุโนไชสง, ระพีพร ชนะภักดิ์, วิภาวี จันทศรี และคณะ [12] ศึกษาเรื่องการศึกษาภูมิปัญญาของ หมอกระจุกพื้นบ้าน จังหวัดราชบุรี ได้กล่าวว่า เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้หมอพื้นบ้านรักษาอาการกระจุกหักหรือหมอต่กระจุกพื้นบ้าน มากที่สุด คือ การที่ตนเองได้เห็นบรรพบุรุษและได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ส่วนต่อไปหมอพื้นบ้าน จะถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ใครก็ยังไม่มียุติรับการถ่ายทอด ซึ่งตัวหมอพื้นบ้านเองกำลังค้นหาผู้ที่เหมาะสม โดยหมอพื้นบ้านท่านตั้งใจจะถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับทายาทผู้สืบสายเลือดหรือเครือญาติเท่านั้น

จากการศึกษาพบว่าหมอพื้นบ้านมีกระบวนการรักษา 3 ขั้นตอน (1) ขั้นตอนก่อนการ รักษาซึ่ง มีพิธีกรรมก่อนการรักษา คือ หมอท่องนะโม 3 จบ พานหมากพลู 9 คำ เงินบูชาแล้วแต่ศรัทธา ดอกไม้ ธูป เทียน และว่าคาถาเสกน้ำมันต่อกระดูก มีการซักประวัติและตรวจร่างกาย โดยจะมีการจับชีพจรบริเวณที่มีการหัก การวัดความดัน คลำบริเวณที่หักว่ามีอาการบวม แดง ร้อนหรือไม่ รวมถึงมีการดมผลเอกซเรย์ควบคู่ไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสารัช โนนตานอก [10] ได้กล่าวไว้วิธีรักษาไว้ดังนี้ หมอกระจุกพื้นบ้านจะใช้วิธีการจับ คลำ สัมผัสเบาๆ ก็จะมีรู้ว่กระจุกหักส่วนในของร่างกายบ้าง เช่น แขนหัก ขาหัก ข้อมือ นิ้ว สะโพกหลุด หรือไหล่ปลาร้า เป็นต้น (2) ขั้นตอนการรักษา พบว่าขั้นตอนการ รักษาของหมอพื้นบ้านแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 2.1 การไล่เส้นให้ผู้ป่วยก่อนทำการดัดกระดูกตรง บริเวณที่หักให้กลับมาเข้าที่พ้อมท้องคาถา 2.2 ทาน้ำมัน ที่ปลุกเสกแล้วบริเวณกระดูกที่หัก 2.3 พันด้วย ผ้าตามด้วยไม้ไผ่แล้วใช้เชือกหรือเส้นด้ายมาพันไม้ไผ่อีกครั้ง และท้องคาถาผูกเฟือก ซึ่งสอดคล้องกับมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม [13] ได้กล่าวไว้วิธีการรักษาหรือบำบัด มี 4 วิธี 1. การจัดกระดูกเข้าที่ 2. การทาน้ำมัน น้ำมันที่หมอพื้นบ้านใช้มีหลายชนิด ได้แก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันงา น้ำมันเลียงผา (ในกรณีที่มีบาดแผล) น้ำมันที่ใช้จะมีสรรพคุณบรรเทาอาการอักเสบประสานกระดูกให้ติด เร็วขึ้น ช่วยคลายเส้นและลดอาการบวม 3. การใช้คาถาอาคม 4.การเข้าเฟือก อุปกรณ์การรักษาระดุกหัก

ของหมอฟันบ้าน ได้แก่ เพื่อไม่ให้หรือท้อพีวีซี (3) ขั้นตอนหลังการรักษา คือการนัดติดตามผลการรักษา ในวันที่ 3 หลังจากรักษา เพื่อดูว่ากระดูกติดดีหรือยัง จากนั้นจะนัดติดตามอาทิตย์ละ 1 ครั้งจนหาย และให้งดรับประทานกล้วย หนุ่ย ข้าวเหนียว ขนมจีน ผักล่ำ ปลาเส้น ห้ามลอดไม้ค้ำยัน ห้ามลอดใต้ กล้วย ห้ามนอนร่วมเตียง และห้ามกินเหล้ามีนเมาเมื่อผู้ป่วยกระดูกติดดีแล้วหมอฟันบ้านจะให้ผู้ป่วยดื่บยาด้วยข้าวสุกจำนวน 1 ชันกล้วย จำนวน 1 หวี ส่วนค่าตอบแทนหลังการรักษาหมอฟันบ้านไม่มีการเรียกค่าตอบแทนจากผู้ป่วยจะให้หรือไม่ขึ้นอยู่กับจิตสัทธาของผู้ป่วยแต่ละคน จึงสอดคล้องกับ อัจฉมา สมนึก, กันตา นิมิตศนศิริ, เพ็ญกลดา ทบศรี, อัญญา อุ๋นไธสง, ระพีพร ชนะภักดิ์, วิภาวี จันทศรี และคณะ [12] ศึกษาเรื่องการศึกษาภูมิปัญญาของหมอกระดูก ฟันบ้าน จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า หมอฟันบ้านมีการนัดมาติดตามผลการรักษาจนหายซึ่งมีข้อห้าม สำหรับผู้ป่วยคือห้ามทานอาหารแสลงได้แก่ของทะเล ของดอง ห้ามนอนที่นอนยุบได้ ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษา ของหมอฟันบ้านจะไม่ระบุจำนวนจะมีหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับความเต็มใจของคนไข้จะเป็นผู้ให้ จึงสอดคล้อง กับคนากร สุรการากุล, ทวีช บุญแสง, และดาราวรรณ รองเมือง [5] ศึกษาเรื่องภูมิปัญญาของหมอกระดูก ฟันบ้าน อำเภอลาย พระยา จังหวัดกระบี่ ผลการศึกษาพบว่า หมอกระดูก ฟันบ้านมีกระบวนการรักษา 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนการรักษา ขั้นตอนการรักษา ขั้นตอนเสร็จสิ้นการรักษา มีรูปแบบในการรักษา คือ มีการจัด กระดูก การใช้น้ำมันมะพร้าว การเข้าเฝือกไม้ไผ่ การใช้ยาสมุนไพร และการใช้คาถาอาคม จึงสอดคล้องกับสิริรัตน์ จันทรมโน, เจนระวี สว่างอารีย์รักษ์, และธนิดา ขุนบุญจันทร์ [14] ศึกษาเรื่อง ภูมิปัญญาของหมอกระดูก ฟันบ้าน ในการรักษาผู้สูงอายุกระดูกหัก ผลการศึกษาพบว่า วิธีการรักษามีขั้นตอนสอดคล้องกัน คือ ขั้นตอนก่อน การรักษามีพิธีกรรม ได้แก่ การตั้งครุ ค่าครุตามที่ครุสั่งไว้ห้ามเรียกร้อง ขั้นตอนการวินิจฉัยใช้การตรวจร่างกาย โดยเทคนิคการสังเกต และการคลำบางคนก็นำผลเอกซเรย์จากโรงพยาบาลมาด้วย ขั้นตอนการรักษาใช้น้ำมัน ประสานกระดูกรวมกับคาถาทำกับการเข้าเฝือกไม้ไผ่บางครั้งใช้ท้อพีวีซีแทนการใช้ไม้ไผ่หลังการรักษาติดตาม การประเมินผลการรักษาดูความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ และมีสูตรน้ำมันประสานกระดูก มีลักษณะเฉพาะตัวรวบรวมได้ 4 สูตร ใช้น้ำมันมะพร้าวหรือน้ำมันเลียงผาหรือน้ำมันเสือโคร่งหรือน้ำมันงา เป็นน้ำมันประสาน

สรุป

ภูมิปัญญาหมอฟันบ้านในการรักษาอาการกระดูกหัก พบว่า หมอฟันบ้านทำการรักษาอาการ กระดูกหัก สามารถรักษาอาการได้ทุกประเภท เช่น กระดูกหัก กระดูกแตก กระดูกร้าว หมอฟันบ้านมีพิธีกรรมก่อนการรักษา คือ ก่อนที่จะทำการรักษาหมอจะต้องท่องนะโม 3 จบมีพานหมากพลู 9 คำ เงินบูชาแล้วแต่ศรัทธา ดอกไม้ ธูป เทียน และว่าคาถาเสกน้ำมันต่อกระดูก มีกระบวนการการรักษา โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกาย และกระบวนการรักษาของหมอฟันบ้าน คือ หมอจะทำการไล่ เสนให้ผู้ป่วยก่อนทำการดัดกระดูกตรงบริเวณ ที่หักให้กลับมาเข้าที่ดั้งเดิมพร้อมกับท่องคาถา และทาน้ำมันมะพร้าวที่ปลุกเสกแล้วจากนั้นพันด้วยผ้าให้สนิทตาม ด้วยไม้ไผ่ และนำเชือกหรือด้ายมาพันไม้ไผ่ อีกครั้ง และท่องคาถาเวลาผูกเฝือกด้วย สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา อาการกระดูกหักหมอฟันบ้านจะใช้น้ำมันมะพร้าวปลุกเสก หลังจากได้รับการรักษา หมอฟันบ้านจะนัดติดตาม ผลการรักษาในวันที่ 3 หลังจากรักษา เพื่อดูว่ากระดูกติดดีหรือยัง จากนั้นจะมีการนัดติดตามผล อาทิตย์ละ 1 ครั้งจนหาย และมีคำแนะนำโดยห้ามผู้ป่วยรับประทานกล้วย หนุ่ย ข้าวเหนียว ขนมจีน ผักล่ำ ปลาเส้น ห้ามลอดไม้ ค้ำยัน ห้ามลอดใต้กล้วย ห้ามนอนร่วมเตียง และห้ามกินของมีนเมาซึ่งเป็นความเชื่อว่าหากทำตามนี้

กระดูกจะติดได้เร็วขึ้น และหลังการรักษาหมอนพื้นบ้านจะไม่มีอาการเจ็บค่าตอบแทนใดๆ จากผู้ป่วย ซึ่งค่าตอบแทนในแต่ละครั้งจะขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง หลังการรักษาหมอนพื้นบ้านจะให้ผู้ป่วยนำข้าวสุก จำนวน 1 ชันพร้อมด้วยกล้วย จำนวน 1 หวีมาตักบาตร หากผู้ป่วยไม่สะดวกก็สามารถนำมาให้หมอนพื้นบ้านตักบาตรแทนก็ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรนำองค์ความรู้ภูมิปัญญาทางการแพทย์พื้นบ้านที่ศึกษาได้ประสานสถานบริการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน พิจารณาความเหมาะสมถูกต้อง และความปลอดภัยในการรักษาอาการกระดูกหัก เพื่อผสมผสานกับการรักษาแบบแผนปัจจุบันและยอมรับการรักษาของหมอนพื้นบ้าน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษาด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเพิ่มจำนวนผู้ให้ข้อมูลมากขึ้นในพื้นที่ที่แตกต่างกันเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ และชัดเจนมากขึ้น ซึ่งควรศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการรักษาของหมอนกระดูกพื้นบ้านกับการรักษาแบบแผนปัจจุบันโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและหมอนพื้นบ้าน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยให้หมอนพื้นบ้านและผู้รับบริการทราบในระหว่างเก็บข้อมูลหากมีคำถามใดไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สามารถที่จะไม่ตอบ และสามารถซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้รวมทั้งสามารถยุติการให้ความร่วมมือได้ตลอดเวลา และขอข้อมูลกลับคืนได้โดย ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล การบันทึกเสียง การบันทึกภาพ ต้องผ่านการอนุญาตและได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อน คำตอบของผู้ให้ข้อมูลจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล (รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-043/2565)

การอ้างอิง

อาทิมา จุแสง, กนกกร มอหะหมัด, และมาเรียม มามะ. ภูมิปัญญาหมอนพื้นบ้านในการรักษาอาการกระดูกหักจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(3): 200-212.

Chuseng A, Mohamad K, and Mama M. The Wisdom of Folk Doctor on Fractures Bone Treatment Surat Thani Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(3); 200-212.

เอกสารอ้างอิง

- [1] ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางท้องถนน. สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2564 จาก <https://www.thairsc.com>.
- [2] วรวัฒน์ ทิพจ้อย. ภูมิปัญญาของหมอนน้ำมันพื้นบ้านในการรักษาโรคกระดูกจากอุบัติเหตุศึกษาเฉพาะนายประเสริฐ ผลาพฤษ์. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต. 2557; 2(2): 189-202.

- [3] กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2564 จาก <http://www.dtam.moph.go.th>.
- [4] อารุท หงส์ศิริ, เพชรน้ำผึ้ง รอดโพธิ์, ศุภรัตน์ ดวนใหญ่, และอัจฉรา แก้วน้อย. ภูมิปัญญาหมอฟันบ้านชาติพันธุ์กุ่ม : กรณีศึกษาหมอฟันบ้าน 7 ราย ตำบลปราสาท อำเภอบัวชุม จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2563; 18(1): 166-179.
- [5] คณากร สุรการากุล, ทวีช บุญแสง, และดาราวรรณ ร่องเมือง. ภูมิปัญญาของหมอกระดูกฟันบ้านอำเภอบลายพระยา จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3(2): 321-341.
- [6] ธนิตา ขุนบุญจันทร์, ฉันทนา กระจุกฤทธิ์, สิริลดา พิมพ์า, และสุธน พรบัณฑิตย์ปัทมา. รายงานเบื้องต้นการศึกษาการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอฟันบ้าน. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2555; 10(3): 198-212.
- [7] ชวนชม ขุนเอียด, นิดา น้อยเด่น, สิทธิชัย สงฆ์รักษ์, อารีฟ สันนาหุ, อัทพาน ดินนามอ, และอิมรอน หมะประสิทธิ์. ภูมิปัญญาหมอฟันบ้านรักษากระดูกหัก กรณีศึกษาหมอดนรหมาน การดี อำเภอกงหรา จังหวัดสงขลา. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2562; 25(2): 159-184.
- [8] นรมน เจริญพิพัฒน์สิน. กระดูกหัก อาการ สาเหตุ การรักษา. สืบค้นเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2564 จาก <https://www.pobpad.com>.
- [9] นิธิวุฒิ ปิ่นสิรานนท์. ศูนย์ทางการแพทย์ : ศูนย์กระดูกและข้อ. สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2564 จาก <https://www.nakornthon.com>.
- [10] สารัช โนนตานอก. กระดูกหัก : การบูรณาการรักษาโดยหมอฟันบ้านและแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
- [11] อำนวนย จิระสิริกุล. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2564 จาก <http://haamor.com>.
- [12] อัสมา สมนึก, กันตา นิมิตต์ศิริ, เพ็ญลดา ทบศรี, อัญทิวา อุ๋นไธสง, ระพีพร ชนะภักดิ์, วิภาวี จันทศรี, และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. การศึกษาภูมิปัญญาของหมอกระดูกฟันบ้าน จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(4): 56-64.
- [13] มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 จาก <https://www.car.chula.ac.th>.
- [14] สิริรัตน์ จันทรมโน, เจนระวี สว่างอารีรักษ์, และธนิตา ขุนบุญจันทร์. ภูมิปัญญาของหมอกระดูกฟันบ้านในการรักษาผู้สูงอายุกระดูกหัก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2599; 9(1): 15-29.

การประเมินผลกระทบของการเกิดโรคระบาดกรณีโรค COVID-19 ต่อการรายงานจำนวนผู้ป่วย
โรคไข้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12

Measuring the Impact of COVID-19 Outbreak on Number of Dengue Fever
Reported Cases in the 506 Surveillance System, Region 12

วสุวัฒน์ ทัพเคลียว^{1*}

Wasuwat Tupkleo^{1*}

^{1*} สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา 90000

^{1*} The Office of Disease Prevention and Control 12, Mueang Songkhla District, Songkhla Province.
90000

* Corresponding Author: วสุวัฒน์ ทัพเคลียว E-mail: tk.wasuwat@gmail.com

Received : 10 July 2023

Revised : 12 August 2023

Accepted : 19 August 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการระบาดโรค COVID-19 ต่อสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากระบบเฝ้าระวัง 506 ที่บันทึกและส่งต่อโดยผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยาของพื้นที่ เทียบสัดส่วนกับข้อมูลจากระบบ Health Data Center ที่ประมวลผลอัตโนมัติ จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยใช้ t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อน (ปี พ.ศ. 2560 - 2562) และระหว่างมีการระบาดของโรค COVID-19 (ปี พ.ศ. 2563 - 2565) และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน ศึกษาความสัมพันธ์เชิงลบของสัดส่วน การรายงานกับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดนราธิวาส และภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมนของสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกกับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2565 ($r = -0.615$, $t = -2.469$, p -value = 0.016) และ ระดับภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2564 ($r = -0.594$, $t = -2.337$, p -value = 0.020) สรุปผลได้ว่า การระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 เริ่มมีผลต่อการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 ของบางจังหวัด และส่งผลกระทบต่อข้อมูลในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 ปีที่มีการระบาดหนักของโรค COVID-19 ในบางจังหวัด การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ส่งผลให้สัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง จึงควรมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เพื่อเป็นข้อมูลในการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก โรค COVID-19 ระบบเฝ้าระวัง 506

Abstract

This study was an analytic study to study the relationship between the COVID-19 outbreak and the proportion of dengue fever cases Reported under Surveillance 506. Using a t-test to test the mean of the sample (One-sample test for the mean) to compare the difference between before and after the COVID-19 outbreak. The period before the COVID-19 outbreak is 2017 - 2019 and the outbreak period is 2020 – 2022. Study the negative correlation of the reported proportion with the number of COVID-19 cases was studied using the Spearman rank correlation coefficient. The results revealed that in Narathiwat Province and Region 12, the mean proportion of reported cases of dengue fever decreased statistically significantly (p -value < 0.05). Spearman rank correlation coefficient of the reported proportion of dengue fever cases and number of COVID-19 cases in the year 2022 of Satun Province ($r = -0.615$, $t = -2.469$, p -value = 0.016) and in the year 2021 of Region12 ($r = -0.594$, $t = -2.337$, p -value = 0.020) was a statistically significant negative correlation. Conclusions: The outbreak of COVID-19 in Region 12 began to affect the reporting of dengue fever under the Surveillance System in some provinces and affect the overall information of Region 12. In some provinces when there is a heavy COVID-19 outbreak, the increasing number of COVID-19 cases has resulted in a decrease in the proportion of reported cases of dengue fever. Therefore, the dengue surveillance system should be evaluated in every province as information for developing surveillance system in the future.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, Coronavirus disease 2019 (COVID-19), 506 report system

บทนำ

โรคติดต่อนำโดยยุงลาย เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก ที่มีรายงานการพบผู้ป่วยอยู่ตลอดทั้งปี ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีจำนวนมากในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม และปลายปีต่อเนื่องไปจนถึงต้นปีใหม่ของทุกปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีฝนตกชุกในพื้นที่ภาคใต้ ทำให้มีความเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตและแพร่พันธุ์ของยุงลาย จากสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ประเทศไทยในภาพรวมของช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง 506 ลดลงจากช่วงก่อนการระบาดอย่างเห็นได้ชัด ถึงร้อยละ 75.0 กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค ได้มีการตั้งข้อสังเกตถึงสาเหตุที่อาจจะส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวัง 506 คือ จำนวนผู้ป่วยลดลงจริงเนื่องจากมาตรการการควบคุมโรค COVID-19 หรือภาระงานของโรค COVID-19 ที่มากขึ้นทำให้ความสนใจในโรคอื่นๆ ลดน้อยลง ส่งผลต่อการวินิจฉัยของแพทย์ และการรายงานข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง หรือประชาชนหลีกเลี่ยงการเดินทางมารับรักษาที่โรงพยาบาล จึงทำให้การได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ลดลง โดยมีการตั้งข้อสังเกตว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มี

ผลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรมทันระดับ พบว่า ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ค่า HI CI ในชุมชน ยังมีแนวโน้มคงที่ไม่ได้ลดลง (ปี พ.ศ. 2563 HI = 15.6%, CI = 8.1% และปี 2564 HI = 18.1%, CI = 7.1%) เมื่อพิจารณาการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบ เฝ้าระวัง 506 และการวินิจฉัยของแพทย์ในฐานข้อมูล 43 แห่ง ของระบบข้อมูล Health Data Center พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยเริ่มมีการระบาดของโรค COVID-19 แต่ยังสามารถควบคุมให้อยู่ในวงจำกัดได้ การรายงานโรคไข้เลือดออกในระบบรายงาน 506 มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าระบบข้อมูล Health Data Center ประมาณ 2.7 เท่า [1] หากการระบาดของโรค COVID-19 มีผลทำให้การรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง 506 ลดลงจากความเป็นจริง อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้อนในภาวะวิกฤต ของโรคระบาด การวางแผนการดำเนินงาน กำหนดพื้นที่เป้าหมายไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน และจัดทำแผนป้องกัน ควบคุมโรค [2] ทั้งนี้ความครอบคลุม และความครบถ้วนของการรายงานโรคไข้เลือดออกในระบบรายงาน 506 ที่เคยมีการศึกษาในประเทศไทย พบว่า มีความครบถ้วนที่ ร้อยละ 47.0 ในขณะที่ความถูกต้อง ร้อยละ 96.5 [3] เมื่อมีการระบาดของโรคระบาดหรือสิ่งที่กระทบต่อการปฏิบัติงาน ย่อมมีโอกาสที่ความครบถ้วนของข้อมูล จะน้อยลงไป สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ของบุคลากรสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศต่างๆ ที่พบว่าส่งผลให้คุณภาพ ในการทำงานลดลง [4] การศึกษาในครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดโรคระบาดกรณี โรค COVID-19 ต่อสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 และระบบข้อมูล Health Data Center เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในภาวะที่อาจเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หรือโรคระบาดอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานเช่นเดียวกับโรค COVID-19 ในอนาคต ให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถ ใช้วางแผนกำหนดนโยบายในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกหรือโรคติดต่ออื่นโดยแมลง อื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

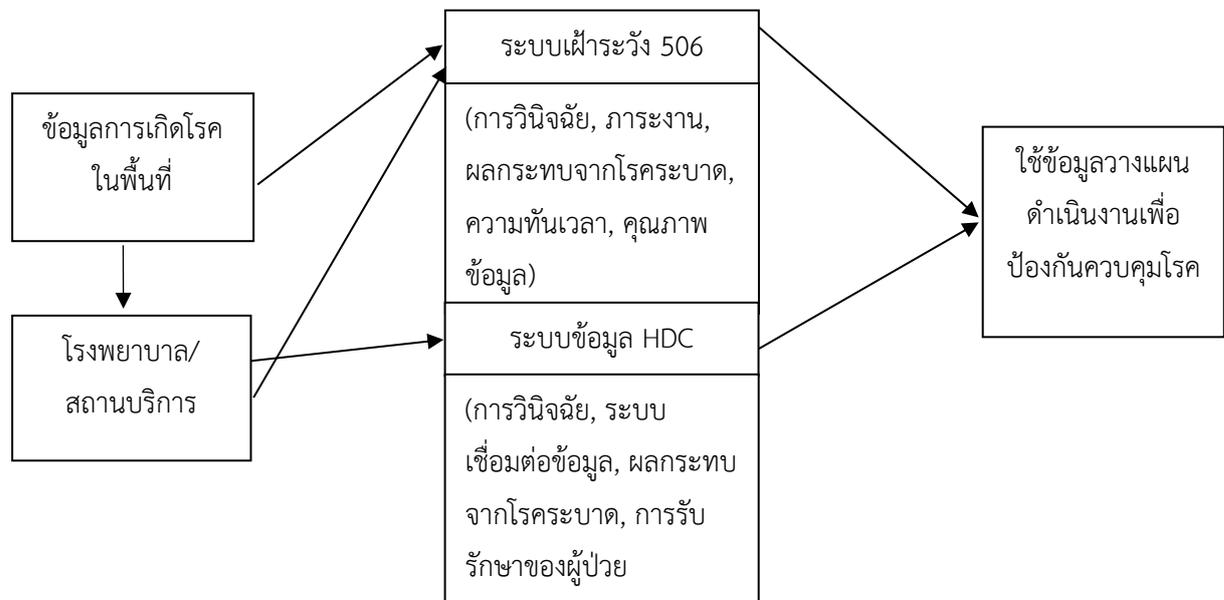
วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดโรคระบาดกรณีโรค COVID-19 ต่อสัดส่วนการรายงานผู้ป่วย โรคไข้เลือดออก จากระบบเฝ้าระวัง 506 และข้อมูลจากระบบ Health Data Center ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 เพื่อดูว่าการระบาดของโรค COVID-19 มีผลให้สัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงหรือไม่
- 2) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงลบของสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกกับจำนวนผู้ป่วย โรค COVID-19 ในแต่ละปีที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เพื่อดูว่าจำนวนผู้ป่วย COVID-19 ที่เพิ่มขึ้นมา ความสัมพันธ์กับสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ลดลงหรือไม่

กรอบแนวคิด

การรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 มีรูปแบบการรายงาน การบันทึก และส่งต่อ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยาของแต่ละพื้นที่ เมื่อพบผู้สงสัยป่วยจากการวินิจฉัยของแพทย์ จะมีการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย แล้วจึงบันทึกข้อมูลแล้วส่งต่อในรูปแบบ เอกสาร อิเล็กทรอนิกส์ [5] ภาระงานหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ผู้รายงานจึงมีผลต่อความครอบคลุมและการรายงาน ข้อมูล ในขณะที่ระบบข้อมูล Health Data Center ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระบบที่ประมวลผลอัตโนมัติจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล [6] การรายงานจึงไม่ได้รับผลกระทบจากภาระงานหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ทำให้ข้อมูลที่รายงานในระบบเฝ้าระวัง 506 จึงน้อยกว่าที่มีในระบบข้อมูล Health Data Center เมื่อนำข้อมูลทั้ง 2 ระบบมาคำนวณหาสัดส่วนการรายงาน แล้วศึกษาความสัมพันธ์เชิงลบเปรียบเทียบช่วงก่อน และช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 จึงอาจพออนุมานได้ว่าการระบาดของโรค COVID-19 มีผลต่อการรายงานผู้ป่วยใช้เลือดออกในระบบรายงาน 506 หรือไม่



ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงการรายงานข้อมูลโรคใช้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 ระบบข้อมูล Health Data Center และการใช้ประโยชน์ข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดโรคระบาดกรณีโรค COVID-19 ต่อสัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกในระบบรายงานเฝ้าระวัง 506 และระบบข้อมูล Health Data Center ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 โดยทำการศึกษาทั้งในแบบภาพรวมทั้งเขตสุขภาพที่ 12 และศึกษาแยกแต่ละจังหวัด

2. ประชากร

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ประกอบด้วยข้อมูลจำนวนป่วยโรคใช้เลือดออก จาก 2 แหล่ง คือ จากเว็บไซต์ระบบรายงาน 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และระบบข้อมูล Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 จากเว็บไซต์ DDC OpenData กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดสตูล จังหวัดตรัง จังหวัดพัทลุง จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ช่วงปี พ.ศ.

2560 - 2565 โดยกำหนดช่วงปีก่อนการระบาดของโรค COVID-19 เป็นช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2562 และช่วงที่กำลังมีการระบาดของโรค COVID-19 เป็นช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2019 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ผล

4. การรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้ง 3 รหัสโรค จากเว็บไซต์ระบบรายงาน 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้รับการบันทึกและส่งต่อโดยผู้ปฏิบัติงานระบาดวิทยาของแต่ละพื้นที่ และระบบข้อมูล Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประมวลผลอัตโนมัติจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากกลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่อประชากรแสนคน และข้อมูลผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 จาก DDC OpenData กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค ซึ่งทั้งหมดเป็นข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ผ่านทางเว็บไซต์ ไม่ต้องขออนุญาตในการเข้าถึง และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ก่อนทำการเผยแพร่ โดยรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลเป็นแบบรายเดือน แยกแต่ละจังหวัด และรวมเป็นข้อมูลในภาพรวมเขตสุขภาพ

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษารูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออก เพื่อกำหนดช่วงเวลาในการศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาก่อนการระบาดของโรค COVID-19 กับช่วงที่มีการระบาดของโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา และสัดส่วน

ศึกษารูปแบบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากระบบรายงาน 506 และระบบข้อมูล Health Data Center เพื่อกำหนดรูปแบบการรวบรวมข้อมูลและใช้สัดส่วนเปรียบเทียบ

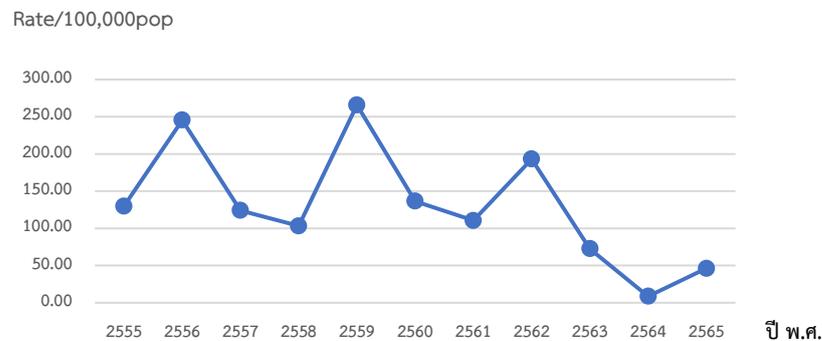
ศึกษาความสัมพันธ์เชิงลบของสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบรายงาน 506 และระบบข้อมูล Health Data Center เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังมีการระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้ t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (One-sample test for the mean) พิจารณาค่า p -value < 0.05 [7]

ศึกษาความสัมพันธ์ของสัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบรายงาน 506 และระบบข้อมูล Health Data Center กับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ของแต่ละปีในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 (ปี พ.ศ. 2563 - 2565) โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พิจารณาค่า p -value < 0.05 [8]

ผลการศึกษา

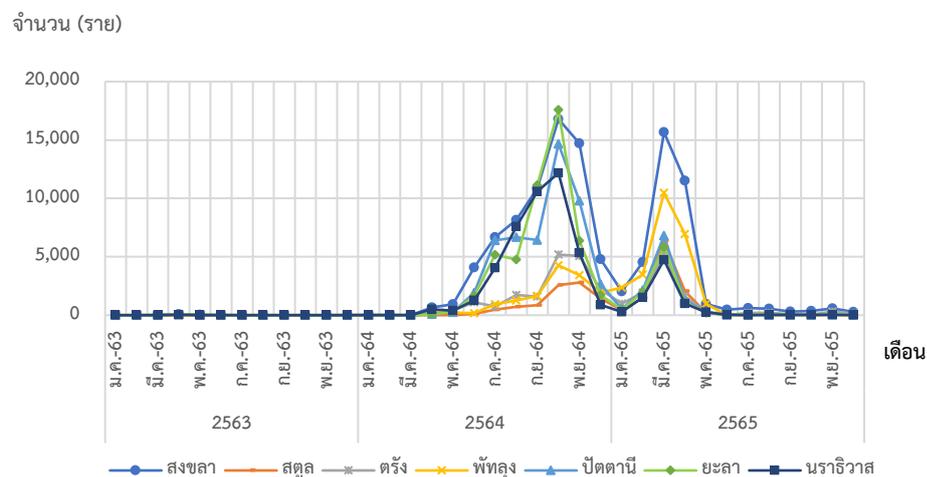
การศึกษารูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 พบว่า รูปแบบการเกิดโรคในช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโรค COVID-19 ปี พ.ศ. 2555 - 2562 เป็นไปในรูปแบบระบาด 1 ปี เว้น 2 ปี

ส่วนในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยน้อยกว่าปกติ ดังแสดงในภาพที่ 2 และเมื่อทำการศึกษารูปแบบการระบาดของโรคใช้เลือดออกจำแนกรายจังหวัด รูปแบบการเกิดโรคเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับภาพรวมเขตสุขภาพ จึงกำหนดช่วงเวลาทำการศึกษา ช่วงละ 3 ปี คือ ช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโรค COVID-19 ปี พ.ศ. 2560 - 2562 และช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565



ภาพที่ 2 อัตราป่วยโรคใช้เลือดออกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2555 – 2565

ข้อมูลจำนวนป่วยด้วยโรค COVID-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 จาก DDC OpenData กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค พบว่าปี พ.ศ. 2564 เป็นปีที่มีรายงานการพบผู้ป่วย สูงที่สุด จำนวน 249,268 ราย รองลงมาคือปี พ.ศ. 2565 จำนวน 112,995 ราย และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 449 ราย โดยลักษณะการพบผู้ป่วยของแต่ละจังหวัด เป็นไปในรูปแบบเดียวกับภาพรวมเขตสุขภาพ ยกเว้นจังหวัดสตูล และจังหวัดพัทลุง ที่พบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2565 สูงที่สุด ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 จำนวนป่วยผู้ป่วยโรค COVID-19 จำแนกรายเดือน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2563 - 2565

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงลบของสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกในระบบรายงาน 506 และระบบข้อมูล Health Data Center เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังมีการระบาดของโรค COVID-19 ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 โดยใช้ t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (One-sample test for the mean) พบว่าค่าเฉลี่ยของสัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยใช้เลือดออกช่วงที่มีการระบาด

ของโรค COVID-19 ลดลงจากค่าเฉลี่ยของสัดส่วนการรายงานช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนก่อนการระบาด ค่าเฉลี่ยของช่วงที่มีการระบาด ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่าวิกฤตจากตาราง t แบบ one-tail ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12

พื้นที่	μ	\bar{x}	s	n	t	critical value
เขตสุขภาพที่ 12	28.25	24.59	11.93	36	-1.84	1.69

แต่เนื่องจากการรายงานข้อมูลในระบบรายงาน 506 เป็นการรายงานจากผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด จึงต้องมีการทำการการศึกษาเพิ่มเติมแบบแยกรายจังหวัด เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริง โดยได้ผลการศึกษา พบว่า มีเพียงจังหวัดนราธิวาสจังหวัดเดียวเท่านั้น ที่ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ลดลงจากค่าเฉลี่ยของสัดส่วนการรายงานช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ในขณะที่จังหวัดอื่นๆ แม้บางจังหวัด ค่าเฉลี่ยสัดส่วนการรายงานจะลดลง แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนก่อนการระบาด ค่าเฉลี่ยของช่วงที่มีการระบาด ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่าวิกฤตจากตาราง t แบบ One-tail ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	μ	\bar{x}	s	n	t	critical value
สงขลา	145.19	325.27	378.15	36	2.87	1.69
สตูล	33.45	45.35	54.79	36	1.30	1.69
ตรัง	22.88	37.23	46.12	36	1.87	1.69
พัทลุง	7.91	27.44	58.29	36	2.01	1.69
ปัตตานี	58.35	62.68	118.43	36	0.22	1.69
ยะลา	64.07	57.35	48.99	36	-0.82	1.69
นราธิวาส	52.64	40.06	30.94	36	-2.44	1.69

การศึกษาความสัมพันธ์ของสัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบรายงาน 506 และระบบข้อมูล Health Data Center กับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 รายเดือนของแต่ละปี ในช่วงที่มีการระบาดของโรค (ปี พ.ศ. 2563 - 2565) โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) วัดค่าความสัมพันธ์เชิงลบ พิจารณาค่า p -value < 0.05 และจัดทำ Scatter plot ข้อมูลเรียงลำดับของสัดส่วนการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 รายเดือน ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อดูความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยได้ดำเนินการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าข้อมูลสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ดังแสดงในตารางที่ 3 และจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ดังแสดงในตารางที่ 4 ให้ค่าการทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov น้อยกว่า 0.05 ข้อมูลไม่เป็น

การแจกแจงปกติ เป็นไปตามข้อกำหนดของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 จำแนกรายจังหวัด

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
เขต12	.107	72	.039	.936	72	.001
สงขลา	.245	72	.000	.554	72	.000
สตูล	.217	72	.000	.808	72	.000
ตรัง	.371	72	.000	.576	72	.000
พัทลุง	.338	72	.000	.348	72	.000
ปัตตานี	.352	72	.000	.402	72	.000
ยะลา	.185	72	.000	.721	72	.000
นราธิวาส	.152	72	.000	.892	72	.000

a. Lilliefors Significance Correction

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 จำแนกรายจังหวัด

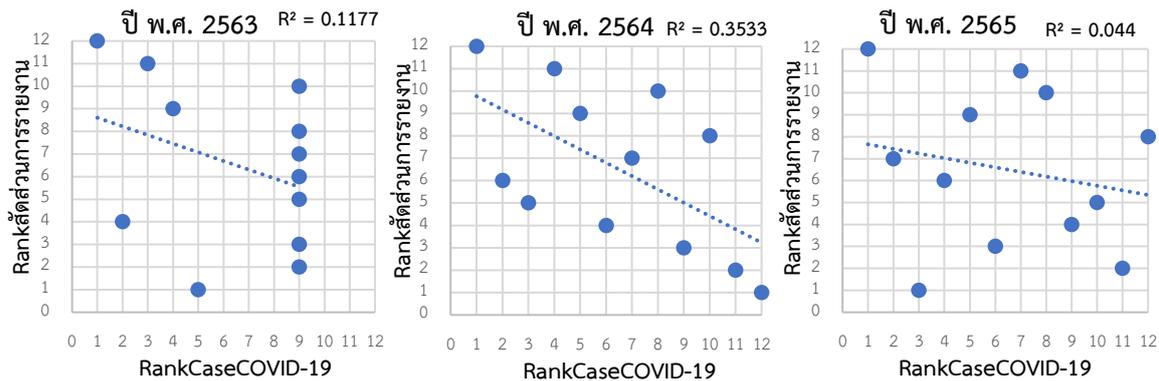
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
เขต12	.417	72	.000	.426	72	.000
สงขลา	.404	72	.000	.448	72	.000
สตูล	.388	72	.000	.416	72	.000
ตรัง	.426	72	.000	.341	72	.000
พัทลุง	.425	72	.000	.373	72	.000
ปัตตานี	.436	72	.000	.384	72	.000
ยะลา	.428	72	.000	.345	72	.000
นราธิวาส	.422	72	.000	.362	72	.000

a. Lilliefors Significance Correction

ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 พบว่าปี พ.ศ. 2564 สัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5 ในขณะที่ ปี พ.ศ. 2563 และ 2565 สัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ดังแสดงในภาพที่ 4

ตารางที่ 5 ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ Spearman's correlation ของสัดส่วนการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2563 – 2565

ปี พ.ศ.	2563	2564	2565
Spearman's rho	-0.343	-0.594	-0.210
t-distribution	-1.155	-2.337	-0.679
p-value	0.136	0.020	0.256



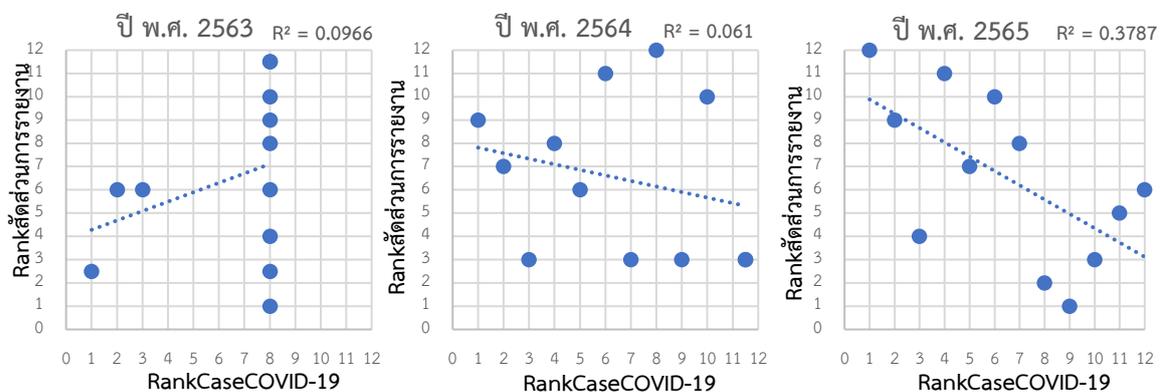
ภาพที่ 4 Scatter plot ข้อมูลเรียงลำดับของสัดส่วนการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 รายเดือน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2563 - 2565

เมื่อทำการศึกษาแยกรายจังหวัด พบว่า มีเพียงจังหวัดสตูล ในปี พ.ศ. 2565 เท่านั้น ที่สัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ Spearman's correlation ของสัดส่วนการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563 - 2565

จังหวัด	ปี พ.ศ.	Spearman's rho	t-distribution	p-value
สงขลา	2563	-0.117	-0.372	0.358
	2564	-0.075	-0.237	0.409
	2565	-0.455	-1.617	0.067
สตูล	2563	0.311	1.034	0.838
	2564	-0.247	-0.806	0.219
	2565	-0.615	-2.469	0.016

จังหวัด	ปี พ.ศ.	Spearman's rho	t-distribution	p-value
ตรัง	2563	0.360	1.221	0.876
	2564	0.499	1.822	0.952
	2565	-0.025	-0.078	0.470
พัทลุง	2563	-0.333	-1.118	0.144
	2564	0.272	0.894	0.805
	2565	0.275	0.905	0.808
ปัตตานี	2563	0.327	1.095	0.852
	2564	-0.223	-0.724	0.242
	2565	-0.273	-0.896	0.195
ยะลา	2563	0.067	0.211	0.582
	2564	-0.181	-0.583	0.286
	2565	0.140	0.447	0.668
นราธิวาส	2563	-0.275	-0.903	0.193
	2564	0.353	1.193	0.871
	2565	0.487	1.763	0.947



ภาพที่ 5 Scatter plot ข้อมูลเรียงลำดับของสัดส่วนการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 รายเดือน ในพื้นที่จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2563 – 2565

อภิปราย

การระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลกระทบในวงกว้าง โดยเฉพาะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องมีการระดมคนมาช่วยในการจัดการในภาวะฉุกเฉิน แรกเริ่มเป็นเพียงกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโดยตรง แล้วจึงมีการยกระดับปรับเปลี่ยนโครงสร้าง และเพิ่มเติมผู้ปฏิบัติงานด้านอื่นๆ เข้ามาช่วย โดยมีการปรับมาตรการในการตอบโต้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรค [9] จากผลการศึกษาที่พบว่าสัดส่วน

การรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนราธิวาสลดลงจากช่วงก่อนที่จะมีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากการระดมคนหรือภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของโรคระบาด ซึ่งการขาดแคลนกำลังคน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง ทำให้ไม่มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมลดลง และส่งผลให้การรายงานข้อมูลล่าช้า [10] ในขณะที่จังหวัดอื่นๆ ไม่พบว่าสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจกล่าวในภาพรวมได้ว่าการระบาดของโรค COVID-19 ยังไม่มีผลกระทบต่อรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 มากนัก การลดลงของจำนวนผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกอาจเป็นเพราะปัจจัยอื่น สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกขององค์การอนามัยโลกที่พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2564 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากช่วงก่อนการระบาดของโรค COVID-19 อย่างชัดเจนในทุกประเทศ [11] แต่เนื่องจากผลการศึกษาในระดัภพรวมเขตสุขภาพที่ 12 พบว่าสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในภาพรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าการระบาดของโรค COVID-19 เริ่มส่งผลกระทบต่อรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังของแต่ละจังหวัดได้ ในส่วนของผลการศึกษาระดับพื้นที่ระดับตำบลของสเปียร์แมนของสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกกับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ในแต่ละปีที่มีการระบาดของโรค COVID-19 พบว่าจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2565 และข้อมูลภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2564 สัดส่วนการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ จำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้สัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรค COVID-19 ในพื้นที่ที่จังหวัดสตูลมีการพบผู้ป่วยจำนวนมากในปี พ.ศ. 2565 และภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 ที่พบผู้ป่วยจำนวนมากในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งการถอดบทเรียนของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ [12] พบว่ายังมีมีการระบาดของโรค COVID-19 เพิ่มสูงขึ้น ยิ่งมีการปรับเปลี่ยนและกำหนดมาตรการเพิ่มขึ้น เพื่อตอบโต้การระบาด จึงอาจส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานด้านระบบเฝ้าระวังโรคอื่นๆ ได้

สรุป

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 เริ่มมีผลกระทบต่อรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 ของบางจังหวัด และส่งผลกระทบต่อภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 12 และจำนวนผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้สัดส่วนการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงในบางจังหวัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการระบาดหนักของโรค COVID-19 ในพื้นที่ บ่งบอกถึงความสำคัญของการบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน ที่ส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานด้านระบบเฝ้าระวัง จึงควรมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ทุกจังหวัด ในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เพื่อเป็นข้อมูลในการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดสตูล เนื่องจากผลการศึกษาแสดงว่าสัดส่วนการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบรายงาน 506 เปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโรค COVID-19 เพื่อค้นหาปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไขเพื่อรับมือกรณี ที่อาจจะเกิดโรคระบาดที่เป็นปัญหาในอนาคต เหมือนกรณีโรค COVID-19

2) การเตรียมความพร้อมของระบบ และบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ระบบงานทางสาธารณสุข สามารถดำเนินการต่อไปได้ ในกรณีที่เกิดโรคระบาด เหตุฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงาน ในภาวะปกติ ดังที่ผลการศึกษาที่พบว่าช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วย COVID-19 จำนวนมาก เริ่มมีผลกระทบต่อ การรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบรายงาน 506 หากการระบาดใหญ่ยาวนานต่อเนื่องไป แล้วไม่มีการเตรียมความพร้อมของระบบ และบุคลากรรองรับภาวะฉุกเฉิน อาจทำให้การทำงานปกติได้รับความเสียหาย ได้

การอ้างอิง

วสุวัฒน์ ทัพเคลียว. การประเมินผลกระทบของการเกิดโรคระบาดกรณีโรค COVID-19 ต่อการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระบบเฝ้าระวัง 506 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(3): 213-225.

Tupkleo W. Measuring the Impact of COVID-19 Outbreak on Number of Dengue Fever Reported Cases in the 506 Surveillance System, Region 12. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(3): 213-225.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การคาดการณ์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2565. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566 จาก <https://www.bangsailocal.go.th/post/000000646-49072e7f4cbf65ab30b884437f5fbda6.pdf>.
- [2] ประเสริฐ ไหลหาโคตร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน โดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559; 13(3): 43-49.
- [3] กชพร อินทวงศ์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2559; 12(1): 37-47.
- [4] Thatrimontrichai A, Weber DJ, and Apisamtharak A. Mental health among healthcare personnel during COVID-19 in Asia: A systematic review. Journal of the Formosan Medical Association. 2021; 120(6): 1296-304. DOI: 10.1016/j.jfma.2021.01.023
- [5] กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้งานโปรแกรม 506 version 4.10. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566 จาก <https://apps-doe.moph.go.th/boe/software/downloadtab.php>.

- [6] ทีมพัฒนา Health Data Center (HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับกระทรวง. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566 จาก <https://itjournal.moph.go.th/page/detail/22>.
- [7] อนันต์ชัย เชื้อนครธรรม. วิธีการทางสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2549.
- [8] มานะชัย รอดชื่น. สถิติศาสตร์ ไม่อิงพารามิเตอร์. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์ศูนย์บริหารงานวิจัย สำนักงานมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
- [9] วิทยา สวัสดิ์วิฑูพงษ์ และคณะ. ถอดบทเรียนการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดตาก ในช่วงเดือนมกราคม 2563 ถึงมิถุนายน 2565. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566 จาก <http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/b8d443a071afeb21676c5b4d5888d806.pdf>.
- [10] บุญประจักษ์ จันทร์วิน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2559; 3(3): 45-55.
- [11] World Health Organization. Dengue situation in the Western Pacific Region Updates 2023. Accessed 10 August 2023 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365676/Dengue20230511.pdf?sequence=99&isAllowed=y>.
- [12] สิริฤกษ์ ทรงศิริไโล สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. ถอดบทเรียนโควิด-19. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566 จาก <https://www.nrct.go.th/ebook/covid-19>.

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

91 ถนนเทศบาล 1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000



อีเมล : Jalor-Journal@yala.ac.th



โทร : 073212863 ต่อ 131